

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

ESSAI DE 3^E CYCLE PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE
(PROFIL INTERVENTION)

PAR
PASCALE ALLARD

EXPLORATION DE LA DIMENSION CORPORELLE
DANS LE TRAITEMENT DU TRAUMATISME

SEPTEMBRE 2013

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE (D.Ps.)

PROGRAMME OFFERT PAR L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC
À TROIS-RIVIÈRES

EXPLORATION DE LA DIMENSION CORPORELLE
DANS LE TRAITEMENT DU TRAUMATISME

PAR

PASCALE ALLARD

Mme Françoise Lavallée, directrice de recherche

Université du Québec à Trois-Rivières

M. André Pellerin, évaluateur

Université du Québec à Trois-Rivières

Dre Michèle Bélanger, lectrice externe Hôpital Sacré-Cœur de Montréal, Pavillon Albert-Prévost

Sommaire

Peu de chercheurs spécialisés dans le traitement du traumatisme se sont attardés au corps, non seulement comme lieu de manifestation de symptômes, mais comme porteur d'une marque traumatique. Les quelques études qui se sont intéressées à cette dimension (Fisher & Ogden, 2009; Levine, 2008 b, 2010; Ogden, Minton, & Pain, 2006; Rothschild, 2003, 2008) mettent pourtant en évidence qu'une empreinte corporelle est laissée par l'événement traumatisant et que, si celle-ci n'est pas traitée au même titre que les atteintes cognitives et émotives, elle contribue à maintenir la personne dans le traumatisme. Les approches actuellement recommandées dans le traitement du traumatisme mettent l'accent sur les dimensions cognitives et émotives. Partageant la position des auteurs déjà nommés, nous sommes d'avis que d'inclure la dimension corporelle dans le traitement du traumatisme ne peut être que bénéfique pour les victimes. Rothschild (2008) déclare d'ailleurs que des interventions somatiques directes, combinées aux thérapies existantes, peuvent être vraiment efficaces dans le traitement du traumatisme. Fondé sur des observations et un questionnement clinique cumulés au fil des ans, cet essai se veut une démarche d'approfondissement, de réflexion et d'intégration des connaissances théoriques et cliniques concernant la dimension corporelle dans le traitement du traumatisme. Tout au long de ce travail, les aspects théoriques et cliniques (concrétisés par des vignettes) se chevauchent et se complètent pour éclairer et soutenir la compréhension. Le premier chapitre présente une série de définitions dont celle du traumatisme, des causes possibles d'un traumatisme, des critères diagnostiques ainsi qu'une classification des différents types de victime. Le

deuxième chapitre présente les empreintes traumatiques laissées dans le corps. Les mécanismes de régulation pouvant être observés chez la personne traumatisée sont présentés au chapitre trois. Le dernier chapitre rappelle les notions importantes du travail corporel et propose un traitement thérapeutique spécifique en trois phases inspiré principalement des travaux d'Ogden (Fisher & Ogden, 2009; Ogden & al., 2006). L'essai se termine par une discussion.

Table des matières

Sommaire	iii
Table des matières.....	v
Liste des vignettes cliniques.....	viii
Liste des figures	x
Remerciements.....	xi
Introduction.....	1
Chapitre 1 - Le traumatisme.....	7
La terminologie	8
Les causes d'un traumatisme.....	11
Les critères diagnostiques	14
Les types de victimes d'un traumatisme.	16
Chapitre 2 - Les empreintes traumatiques dans le corps.....	21
Le traitement de l'information	22
Les trois régions du cerveau : le cerveau reptilien, le cerveau limbique et le néo-cortex	24
La désorganisation des processus sensorimoteur, émotif et cognitif	26
Les notions physiologiques et neurologiques.....	31
Les composantes qui transmettent l'information au cerveau reptilien.....	31
Le système limbique.....	35
Le système mnésique.....	40
La réponse d'orientation.....	48
La définition de la réponse d'orientation	48

La définition de la réponse d'orientation	48
Les étapes de la réponse d'orientation	50
Chapitre 3 - Les mécanismes de régulation	66
L'énergie résiduelle	67
Le figement ou l'immobilisation	70
La répétition	73
L'évitement	76
La dissociation	78
Chapitre 4 - Les interventions	82
Le lien thérapeutique	83
L'évaluation	86
L'anamnèse	86
L'évaluation psychométrique	88
Le travail effectué au niveau corporel	89
La lecture du corps	90
Le reflet des réactions sensorimotrices	91
La conscientisation	92
L'expérimentation et l'exploration	94
La différenciation des processus impliqués dans l'expérience présente	95
L'assemblage des différents niveaux de processus	95
Le traitement thérapeutique	96
Phase 1 : Sécuriser et stabiliser le client	99
Phase 2 : Traiter le matériel traumatique	106

Phase 3 : Intégrer l'évènement traumatique et réorganiser l'expérience globale, passée et future, de cet événement	118
Discussion	125
Conclusion	130
Références	132

Liste des vignettes cliniques

Vignette clinique 1 : Contamination de l'événement présent par un autre événement traumatisant	18
Vignette clinique 2 : Désorganisation du processus sensorimoteur	27
Vignette clinique 3 : Désorganisation du processus émotif	28
Vignette clinique 4 : Désorganisation du processus cognitif	30
Vignette clinique 5 : Réponse instinctuelle de figement	37
Vignette clinique 6 : Immobilité tonique.....	39
Vignette clinique 7 : Apprendre sans être conscient de l'apprentissage	43
Vignette clinique 8 : Primauté de la réaction physique.....	48
Vignette clinique 9 : Incapacité à déterminer l'origine de l'excitation	52
Vignette clinique 10 : Réponse de figement plutôt que réponse d'orientation	54
Vignette clinique 11 : Modelage du corps.....	56
Vignette clinique 12 : Attention orientée en fonction du traumatisme	58
Vignette clinique 13 : Frontières personnelles	60
Vignette clinique 14 : Mauvaise évaluation du contexte.....	60
Vignette clinique 15 : Comparaison des informations avec les réminiscences.....	62
Vignette clinique 16 : Répétition de la réaction traumatique	63
Vignette clinique 17 : Difficulté de réorganisation	65
Vignette clinique 18 : Figement qui persiste dans le temps	72
Vignette clinique 19 : Répétition d'un mouvement inefficace.....	74
Vignette clinique 20 : Évitement du contexte traumatique	77
Vignette clinique 21 : Dissociation d'une partie de l'événement.....	80

Vignette clinique 22 : Présentation de Marianne	98
Vignette clinique 23 : Marianne – Sécurité et stabilisation.....	100
Vignette clinique 24 : Marianne – Valorisation des expériences de compétence	105
Vignette clinique 25 : Marianne – Engagement social.....	109
Vignette clinique 26 : Marianne – Impact de la conscientisation des réactions physiques	111
Vignette clinique 27 : Marianne – Reproduction d’une position corporelle	113
Vignette clinique 28 : Marianne – Remise en action afin de briser le figement	114
Vignette clinique 29 : Marianne – Défense en tant que ressource	115
Vignette clinique 30 : Marianne – Intégration des souvenirs de l’expérience traumatisante.....	117
Vignette clinique 31 : Marianne – Distorsions cognitives résiduelles	119
Vignette clinique 32 : Marianne – Rechute.....	120
Vignette clinique 33 : Marianne – Métacognition.....	121
Vignette clinique 34 : Marianne – Redécouverte du plaisir	122
Vignette clinique 35 : Marianne – Réorganisation.....	123

Liste des figures

Figure 1 : Trois régions du cerveau impliquées dans le traitement de l'information	23
Figure 2 : Mémoire implicite et explicite selon les différentes régions du cerveau	42
Figure 3 : Circuit rapide et circuit lent du traitement de l'information.....	45

Remerciements

L'auteure tient à remercier madame Françoise Lavallée, sa directrice de recherche. Avec son expertise dans le traitement des victimes d'un traumatisme, son professionnalisme et son intérêt pour le domaine clinique, elle a su encadrer, orienter et soutenir l'auteure dans la réalisation et la rédaction de cet essai. Des remerciements s'adressent aussi à monsieur André Pellerin, professeur au département de psychologie, pour les judicieux conseils empreints de ses qualités pragmatiques et humanistes. L'intérêt et les connaissances cliniques qu'il a partagés avec l'auteure ont permis de donner une profondeur au contenu de l'essai. L'auteure ajoute un merci particulièrement spécial à toutes les victimes de traumatisme qu'elle a côtoyées dans sa vie professionnelle. Ces dernières ont fortement inspiré la réalisation de ce travail.

Et finalement, l'auteure remercie ses filles, Frédérique et Évelyne, son conjoint ainsi que les membres de sa famille et quelques amis proches. Chacun, à sa façon, l'a encouragée à mener à terme son projet.

Introduction

Le corps, par les sens, est le premier à recevoir l'impact de l'événement traumatique (Lebigot, 2005; Levine, 2008a, 2008 b, 2010; Ogden & al., 2006). Ponseti-Gaillochon, Duchet, et Molenda (2009) mentionnent que le traumatisme pénètre par tous les pores de la peau, qu'il envahit tous les sens. Ils ajoutent :

« Certes la psyché a été attaquée, mais avec elle l'enveloppe corporelle qui conserve, elle aussi, la mémoire instinctive de l'afflux d'excitations. Le Moi-peau est écorché. La peau, les muscles, les perceptions et les sens du sujet sont alors envahis et porteurs du souvenir traumatique » (p. 49).

Pourtant, la dimension corporelle dans le traitement d'un traumatisme est un objet d'étude peu exploré. Seulement une minorité de chercheurs spécialisés dans le domaine du traumatisme s'y sont attardés (Fisher & Ogden, 2009; Levine, 2008a, 2008 b, 2010; Ogden & al., 2006; Rothschild, 2003, 2008; Scaer, 2007; van der Kolk, 2007a, 2007 b, 2007c; van der Kolk, van der Hart, & Marmar, 2007). Leurs études mettent en évidence qu'en réponse à un événement traumatisant, certaines personnes se désorganisent. Lorsque c'est le cas, les effets du traumatisme se font sentir non seulement aux niveaux cognitif et émotif, mais également au niveau corporel. La personne affectée est alors dominée par son instinct de survie, coupée de ses fonctions cognitives et, par conséquent, dépourvue de sa capacité d'intégrer l'événement. Elle revit sans cesse certains éléments du traumatisme, comme pour parvenir à assimiler cet événement. Son système nerveux envoie un signal d'alerte constant, son corps reste hautement activé, causant une série de symptômes (sensations corporelles, images, odeurs, douleurs physiques, etc.). Ogden et ses collaborateurs (2006) mentionnent que, lorsque de tels

symptômes ne sont pas traités directement, la personne reste envahie par ceux-ci. Cette dernière interprète ce qui lui arrive et se dit : « Je ne suis pas en sécurité ». Les sensations physiques vécues lors de l'événement sont réactivées, consolidant à leur tour les croyances selon lesquelles elle est toujours en danger. À son tour, cette réaction enclenche une posture et d'autres réactions corporelles : cambrure du dos, tensions musculaires, hypervigilance, respiration augmentée; ce qui maintient aussi les croyances en place (Ogden & al., 2006). Crombez (1994) ajoute que le corps est le lieu de l'histoire, qu'il en porte les marques inscrites musculairement. Il soutient qu'en réponse aux événements stressants ou traumatisants, des tentatives inconscientes d'adaptation peuvent s'organiser provoquant des blocages de muscles, de mouvements et d'énergie.

Les approches préconisées en psychologie dans le traitement du traumatisme tiennent plutôt compte des aspects cognitifs et émotionnels. Il ne fait aucun doute que ces approches sont efficaces et aidantes pour les personnes traumatisées. Rothschild (2008) soutient d'ailleurs que des interventions somatiques directes, quand elles sont combinées aux thérapies existantes, peuvent bonifier le traitement du traumatisme. C'est dans ce contexte que les interventions facilitant, entre autres, la prise de conscience des sensations physiques liées au traumatisme apparaissent de plus en plus. Ce faisant, les intervenants aident leur client à retrouver graduellement, de façon sécuritaire et confortable, leur capacité à réexpérimenter leurs sensations, favorisant ainsi leur guérison (Ogden & al., 2006). Comme le mentionnent plusieurs auteurs (Fisher et al., 2009; Levine, 2008 b, 2010; Ogden et al., 2006; Rothschild, 2003, 2008; van der Kolk &

al., 2007b) pour un traitement complet et réussi, toutes les dimensions (corporelle, émotive et cognitive) doivent être traitées et réintégrées. Le présent travail découle de cette philosophie d'intervention et explore l'importance d'inclure dans le traitement du traumatisme des approches thérapeutiques ciblant les dimensions corporelles.

Inspiré des observations cliniques recueillies par l'auteure au cours des années de pratique, cet essai se veut un travail d'approfondissement, de réflexion et d'intégration des connaissances théoriques et cliniques dans le traitement du traumatisme et plus spécifiquement de la dimension corporelle incluse dans ce traitement. La présentation de la théorie est supportée par des exemples présentés sous forme de vignettes cliniques. Bien que ces vignettes soient créées par l'auteure, elles sont fortement inspirées d'observations cliniques, de discussions de cas et de lectures. À l'inverse, dans cet essai, des aspects cliniques sont aussi parfois expliqués par la théorie. Ce processus d'intégration des concepts théoriques et cliniques mène à la construction d'un savoir professionnel plus complet quant à la façon de traiter les aspects corporels du traumatisme. Les propos avancés dans cet essai n'ont toutefois rien de dogmatique. Ils sont, bien sûr, soutenus par la théorie, mais ils sont aussi le reflet de réflexions et de questionnements pour lesquels il a parfois été possible de trouver des réponses alors qu'à d'autres moments ce fut plus difficile. Consciente que cet essai est loin d'épuiser le sujet, nous espérons toutefois qu'il suscite chez le lecteur une curiosité et une ouverture concernant le travail corporel avec une clientèle de personnes traumatisées. Nous souhaitons également que la lecture de cet essai donne l'occasion aux intervenants, aux

victimes ou à toute autre personne intéressée par ce thème de parfaire leur compréhension et d'alimenter leur propre réflexion.

Dans le premier chapitre, nous décrivons la terminologie utilisée dans cet essai en donnant une série de définitions, dont celle du traumatisme. Nous expliquons ses causes possibles, les critères diagnostiques ainsi que les différents types de victimes d'un traumatisme. Le deuxième chapitre présente les manifestations possibles d'un traumatisme dans le corps. Nous voyons d'abord les effets sur les trois niveaux de processus du traitement de l'information : sensorimoteur, émotif et cognitif. Par la suite, nous abordons les effets aux niveaux physiologiques et neurologiques ainsi que sur la réponse d'orientation¹. Le troisième chapitre est consacré aux mécanismes de régulation : le figement et l'immobilité, la répétition, l'évitement et la dissociation observés chez la personne traumatisée. Ces mécanismes, activés inconsciemment, permettent de couper avec certains éléments intolérables et insupportables liés au traumatisme. Le dernier chapitre, en plus de faire un rappel des notions importantes concernant le lien thérapeutique, l'évaluation et le travail corporel, présente une façon d'intervenir auprès des personnes traumatisées. Ce traitement est principalement inspiré des travaux d'Ogden et complété par d'autres auteurs. Il est divisé en trois phases : 1) sécuriser et stabiliser, 2) traiter le matériel traumatique et 3) intégrer et réorganiser. Il

¹ La réponse d'orientation est la capacité instinctuelle de percevoir un changement dans son environnement interne ou externe et d'y réagir (Levine, 2008b), et ce, à n'importe quel moment, que l'individu soit endormi ou éveillé (Ogden & al., 2006). Cette notion est abordée de façon plus complète au chapitre deux.

inclut les aspects cognitifs et émotifs tout en mettant l'accent sur les aspects sensorimoteurs.

Chapitre 1

Le traumatisme

Lorsqu'il est question d'aborder la thématique du « traumatisme » en psychologie, des choix importants s'imposent telle l'utilisation d'une terminologie commune; c'est dans cette première section que les termes utilisés seront définis. Nous y présentons les principales définitions retenues dans le cadre de cet essai, soit celles du stress, du stress traumatique, du stress post-traumatique ainsi que celle du traumatisme. Suite à cette clarification, une section est consacrée à la présentation des causes possibles d'un traumatisme. Viennent ensuite les critères diagnostiques d'un trouble de stress post-traumatique (TSPT) suivi de la description des différents types de victimes d'un traumatisme.

La terminologie

Dans la littérature portant spécifiquement sur les états de stress post-traumatique, il n'est pas rare de constater que les termes « stress », « événement traumatique », « traumatisme » ou « trauma » sont utilisés sans distinction, provoquant une certaine confusion. À titre d'exemple et comme le font remarquer van der Kolk et al. (2007), le terme « trauma » est parfois utilisé pour décrire soit l'événement traumatique lui-même, soit la réponse individuelle pendant ou après cet événement. Il importe donc de préciser la terminologie choisie.

Dans un premier temps, clarifions les termes stress, stress traumatique et stress post-traumatique.

Le stress, qui se manifeste lorsqu'une personne est soumise à un changement de situation (p. ex., voyage, événement professionnel, familial ou sentimental, etc.), est un phénomène essentiellement physiologique ou neurophysiologique mettant la personne en état d'alerte et de défense (Crocq, 2007; Romano & Verdenal-Gauteur, 2011). Il provoque un ensemble de réactions physiologiques (p. ex., sueurs, accélération du cœur et de la respiration, etc.) et psychologiques (p. ex., inquiétude, vigilance, etc.). Habituellement, la réaction de stress ne dure que quelques heures, semaines ou mois (peur d'avoir un accident, d'échouer à un examen, nouveau travail, etc.). Une fois l'origine du stress disparue, la personne va reprendre peu à peu son état normal. Un stress n'est pas que négatif. En effet, il peut être positif en ce sens qu'il peut amener la personne à se mobiliser et à poser des actions pour atténuer ce déséquilibre (p. ex., étudier davantage, chercher des ressources d'aide, etc.). Toutefois, lorsqu'une situation préoccupante dépasse les capacités d'adaptation d'une personne, la réponse de celle-ci peut ne plus être adaptée. Ses réactions de stress peuvent perdurer et, entre autres, devenir source d'anxiété et de symptômes dépressifs (Ferreri, 2006; Ferreri, Ferreri, Nuss, & Peretti, 2003).

Rothschild (2008) mentionne que lorsque les situations vécues sont des événements traumatiques¹ (p. ex., accident de la route, agression, etc.), le stress qui en résulte est nommé stress traumatique. Confrontée à des situations extrêmes, la personne voit ses mécanismes habituels de régulation du stress débordés et se retrouve en situation de stress dépassé. Les réactions qui en découlent (p. ex., conduites automatiques, sidération, etc.) sont des manifestations du traumatisme subi par la personne affectée (Romano & al., 2011). Rothschild (2008) ajoute que le stress post-traumatique, quant à lui, est un stress traumatique intense qui perdure longtemps après que l'événement traumatisant soit terminé.

Dans le contexte de cet essai, nous avons retenu deux définitions différentes du terme traumatisme, l'une complétant l'autre.

D'abord, celle donnée par Janet et reprise par Ogden et al. (2006) mentionne que : « le traumatisme est un échec dans la capacité d'intégration » [traduction libre] (p. 82). Pour qu'une situation potentiellement traumatisante puisse être intégrée, la personne doit effectuer différentes actions conscientes et inconscientes : par exemple identifier, évaluer, réagir ou non, donner un sens, insérer dans une ligne de temps la situation. Malheureusement, les aspects soudains, imprévisibles et intenses de l'événement traumatique font souvent en sorte que la personne n'arrive pas à mettre en place ces différentes actions. Ce contexte ne permettant pas l'intégration de l'événement provoque

¹ L'événement traumatique se caractérise par son imprévisibilité, sa violence et son intensité, provoquant un sentiment d'impuissance, de peur ou d'horreur chez la personne qui y est soumise.

une désorganisation au niveau corporel, émotif et cognitif, perturbant le fonctionnement habituel et adapté de la personne.

La seconde définition du traumatisme est celle de Levine (2008 b). Le terme traumatisme fait référence à « l'ensemble des troubles résultant de l'action d'un agent extérieur » (p.15). Il désigne l'ensemble des désorganisations corporelles, émotives et cognitives que subit la personne traumatisée. Ces désorganisations provoquent une série de symptômes affectant la vie personnelle, familiale, sociale et professionnelle. Lorsque ces deux définitions sont combinées, le traumatisme résulte d'un échec dans la capacité d'intégration de l'individu, occasionné par un agent extérieur, ce qui provoque des désorganisations au niveau corporel, émotif et cognitif.

Les causes d'un traumatisme

Selon le DSM-IV-TR (APA, 2000), la cause d'un traumatisme est un événement hors du commun qui provoque des symptômes évidents de détresse chez la plupart des individus. Parmi ses particularités nous retrouvons ses côtés soudains, imprévisibles et intenses. Il suscite de l'impuissance, de l'horreur ou de la peur chez la plupart des personnes qui y sont exposées. L'événement traumatique confronte la personne au « réel de la mort » c'est-à-dire que cette dernière est placée devant une mort possible (la sienne ou celle d'une autre personne) (Lebigot, 2005; Ponseti-Gaillochon et al., 2009; Romano et al., 2011). La personne qui subit un événement traumatique entrevoit sa propre mort : elle se voit, l'espace d'un éclair, comme morte.

Freud (1921) disait que le danger extérieur n'est traumatique que s'il passe par une intériorisation. Le choc traumatique survient lorsque nous sommes confrontés à des événements menaçant notre vie et dépassant nos capacités d'adaptation. Les événements traumatiques atteignent l'individu avec une telle intensité et une telle violence que la personne se voit incapable d'y répondre adéquatement. C'est alors qu'elle éprouve un choc, une brisure intérieure, une impression d'effraction qui créent une brèche dans sa psyché, laquelle varie en fonction des sujets et du moment de la rencontre traumatique (Ponseti-Gaillochon et al., 2009).

Des événements menaçant la vie ou l'intégrité physique d'une personne, tels les actes de violence interpersonnelle (p. ex., agressions physiques, agressions sexuelles, guerres, tortures, vols à main armée, séquestrations, etc.), les accidents causés par la main de l'homme ou l'erreur technique (p. ex., accidents de voiture, d'avion, de train, naufrages en bateau, désastres écologiques ou nucléaires, explosions, incendies, accidents de travail, etc.) et les catastrophes naturelles (p. ex., tornades, inondations, ouragans, feux de forêt, tremblements de terre, etc.) peuvent facilement être classés comme événements hors du commun. Pourtant, certaines personnes vivent ce genre d'événement sans pour autant développer un traumatisme. D'autre part, plusieurs événements classés comme « expérience humaine courante » (p. ex., interventions chirurgicales, maladies divorce, etc.) peuvent être traumatisants. Par exemple, Levine (2008b) mentionne que lors d'une intervention chirurgicale, le corps peut ressentir

l'intrusion comme un événement qui menace sa survie. Au niveau cellulaire, le corps peut donc percevoir qu'il a subi une blessure grave de nature à mettre sa vie en danger.

Bien qu'un événement traumatisant soit porteur d'une menace traumatique, c'est plutôt la réaction spécifique de la personne par rapport à cet événement qui doit être prise en compte. Levine (2008b) mentionne que ce n'est pas l'événement en tant que tel qui est traumatisant, mais plutôt la façon dont la personne l'interprète, ce qui dépend de plusieurs facteurs. Parmi ceux-ci, l'événement lui-même (p. ex., la menace qu'il représente pour la personne, sa durée, sa fréquence, etc.), le contexte de vie lors de l'événement traumatisant (p. ex., soutien ou non de la famille et des amis, état de santé, etc.), les caractéristiques physiques de la personne (p. ex., aptitudes, stades de développement, etc.). Les compétences acquises; c'est-à-dire les connaissances ou l'expérience servant à gérer une situation de danger peuvent modifier la vulnérabilité de la personne face au traumatisme. La confiance de l'individu en sa capacité à affronter le danger ou son histoire personnelle de réussite ou d'échec va aussi jouer un rôle. Toujours selon Levine, l'intensité du traumatisme est liée à la perception de l'individu exposé à un événement, laquelle est déterminée par l'ensemble de ses ressources internes (p. ex., les aptitudes mentales et les expériences vécues, les réponses instinctuelles et les plans d'actions innés) et externes (p. ex., les éléments de protection dans l'environnement). C'est ainsi qu'une personne, exposée au même événement qu'un autre individu, le vivra d'une manière différente.

Ce n'est donc pas tant l'événement comme tel qui importe, mais ce qu'il induit chez la personne : des désorganisations physiques, émotives et cognitives. Ces désorganisations se manifestent par différents symptômes et c'est à partir de ces symptômes qu'il nous est possible de dire s'il y a présence, ou non, d'un traumatisme. En ce sens, la prochaine section présente les critères nécessaires à l'émission d'un diagnostic de trouble de stress post-traumatique (TSPT) et résume les différents symptômes que peuvent vivre les personnes traumatisées.

Les critères diagnostiques

En psychologie clinique, lorsqu'il est question de travailler auprès de personnes traumatisées, c'est souvent dans un contexte de stress post-traumatique. D'un point de vue diagnostique, il est possible de bien documenter les critères d'un TSPT. Le DSM-IV-TR (APA, 2000) en fait une description assez précise :

- 1) avoir vécu, été témoin ou été confronté à un événement hors du commun durant lequel des personnes ont pu mourir ou être gravement blessées, avoir été menacé de mort ou de blessures graves ou encore que son intégrité physique ou celle d'une autre personne ait été menacée et avoir eu une réaction de peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur;
- 2) la présence d'au moins un symptôme de réviviscence;
- 3) la présence d'au moins trois symptômes d'évitement;
- 4) la présence d'au moins deux symptômes d'activation neurovégétative;
- 5) le temps écoulé depuis l'apparition des symptômes;

- 6) la présence d'une souffrance cliniquement significative ou d'une altération du fonctionnement social, familial ou professionnel de la personne.

Cependant, d'un point de vue clinique, l'énumération descriptive des critères du DSM-IV-TR ne permet pas de comprendre les processus sous-jacents au traumatisme : l'ampleur des effets traumatiques sur la personne, la façon dont les symptômes se sont mis en place ainsi que leurs interactions. Herman (1992) mentionne que cette description ne tient pas compte des processus de traitement de l'information (la capacité d'attention est biaisée par la peur d'être agressé de nouveau, trahi, exploité ou abandonné), des dysfonctionnements de la conscience (p. ex., la dissociation¹, etc.), du dysfonctionnement émotif (p. ex., autres que l'anxiété et la dysphorie [la culpabilité, la gêne, la tristesse, etc.]) ainsi que des réactions physiques comme la somatisation². Par ailleurs, le DSM-IV-TR ne tient pas compte de réalités plus complexes telles que les problématiques de négligence et de maltraitance, problématiques qui sont documentées par Courtois et Ford (2009). Ces auteurs soutiennent que ces problématiques vécues en bas âge peuvent nuire, bloquer ou même interrompre le développement psychologique de l'enfant et ce, dans une période où le développement des fondations psychologiques et biologiques est nécessaire pour tous les développements à venir : 1) attention et apprentissage; 2) mémoire de travail, déclarative et narrative; 3) régulation des

1 Le terme dissociation est entendu selon la définition donnée par Levine (2010). Selon cet auteur, en réponse à une expérience traumatisante, certains aspects (images, comportements, sentiments, sensations, etc.) en lien avec l'expérience sont scotomisés.

2 Les troubles dissociatifs psychoformes et somatoformes (problèmes physiques inexplicables médicalement) sont souvent présents chez les personnes atteintes d'un TSPT (Sar, Akyüz & Dogan, 2006).

émotions; 4) formation et intégration de la personnalité et 5) relation d'attachement. De plus, il semble que l'ampleur des traumatismes vécus par les enfants exposés à ces contextes de vie soit comparable à celui vécu par les soldats atteints de TSPT (Bélanger, Lavallée, Lévesque, White, & Dembri, à venir).

Tout en respectant les critères du DSM-IV-TR, le présent essai intègre la vision des auteurs, cités précédemment, concernant l'aspect diagnostique du traumatisme. Certains regroupements parmi les personnes traumatisées deviennent alors possibles; lesquels seront présentés dans la prochaine section.

Les types de victimes d'un traumatisme.

Selon les Nations Unies (1985), une victime est une personne qui a subi un préjudice, c'est-à-dire qu'elle a subi une atteinte à son intégrité physique ou mentale, une souffrance morale, une perte matérielle ou une atteinte grave à ses droits fondamentaux en raison d'actes ou d'omissions qui enfreignent les lois pénales. De plus, la victime peut avoir conscience ou non d'avoir subi ces préjudices (p. ex., un bébé, un enfant, une personne présentant une déficience mentale, etc.).

Nous avons retenu deux types de classement des traumatismes. Nous présentons d'abord celui de Rothschild (2008) et Terr et par la suite, celui de Romano et al (2011).

Les victimes d'un traumatisme peuvent se regrouper selon différentes caractéristiques. Rothschild (2008) résume et complète les travaux de Terr. Ces auteurs identifient six types de victimes de traumatisme. Les deux premiers types de victimes réfèrent au nombre d'événements traumatiques vécus par la personne. Le Type I englobe les personnes qui ont vécu un seul événement traumatisant (p. ex., accident de la route, terrorisme, épisode d'agression sexuelle, d'assaut ou de violence conjugale, etc.) alors que le Type II réfère aux personnes qui ont été confrontées de façon répétitive à des événements traumatisants (p. ex., torture, guerre, génocide, violence conjugale, maltraitance, etc.). Les personnes victimes d'actes de violence répétés sont soumises à une tension et à un stress perpétuels qui peuvent affecter différents aspects de leur personnalité : l'estime de soi, la confiance en soi et en l'autre, la capacité d'intimité, etc. De plus, Herman (1992) souligne que ces événements répétés peuvent finir par entraîner les conséquences ou les désordres suivants : idéations suicidaires chroniques, problèmes alimentaires (p. ex., anorexie, boulimie), actes de colère intense et colère refoulée, sexualité dysfonctionnelle, pertes de mémoire reliées à l'événement, sentiment de détachement de son corps, sentiment d'impuissance ou de détresse intense, honte ou culpabilité chronique, regard dépréciatif sur soi, indifférence marquée face au monde extérieur, attribution de pouvoirs irréalistes à l'agresseur, idéalisation ou reconnaissance envers l'agresseur, perte marquée de confiance en la vie et automutilation.

Parmi les personnes du Type II, deux autres catégories ont été formées. Le Type IIA décrit les personnes qui ont vécu plusieurs événements traumatiques, mais qui, malgré

tout, sont capables de parler et de traiter chacun de ces événements de façon distincte. Le Type IIB, quant à lui, réfère aux personnes qui ont souffert aussi de plusieurs événements traumatiques, mais qui sont incapables de les traiter indépendamment l'un de l'autre. Ces personnes parlent donc d'un événement traumatisant puis d'un autre et d'un autre, sans faire de distinction, tellement elles en sont affectées. Nous verrons dans la vignette clinique no 1, l'importance pour le thérapeute de connaître ces distinctions. La compréhension et le traitement du traumatisme en seront ainsi facilités.

Vignette clinique 1 : Contamination de l'événement présent par un autre événement traumatisant. Justin raconte son accident de la route qui, à première vue, semble mineur. Il a eu un accrochage avec un autre véhicule dans un stationnement. Dans son récit, il semble y avoir des incohérences avec ce que nous connaissons déjà de cet incident. Plus la thérapie avance, plus Justin devient nerveux et complètement dépassé par l'événement. Il dit « Ça sent l'essence. Ça sent vraiment beaucoup l'essence ». Cette information ne coïncide pas avec l'événement traité actuellement. Il n'y a eu aucun déversement d'essence dans cet accident. En explorant avec Justin cette sensation d'odeur d'essence, il mentionne un autre accident dans lequel il a été impliqué. Cet accident, beaucoup plus violent, avait causé la mort d'une jeune femme. Sous l'impact des voitures, il y avait eu déversement d'essence et danger d'explosion.

Lorsque le thérapeute relève des incohérences dans le récit de l'événement de son client, comme c'est le cas pour Justin, il s'assure qu'il n'y a pas présence d'autres traumatismes qui viendraient expliquer ces incohérences. Ceci est d'autant plus vrai lorsque ces incohérences sont causées par des souvenirs sensorimoteurs. Ces incursions sensorimotrices dans le discours sont les souvenirs bruts d'une expérience. Un des objectifs thérapeutiques est d'en trouver l'origine. Par la suite, le thérapeute amène la

personne à revoir les événements séparément afin qu'elle puisse les intégrer adéquatement.

Revenons maintenant aux personnes du Type IIB qui sont, à leur tour, divisées en deux sous-groupes. Le Type IIB(R) regroupe les personnes qui ont déjà été capables de résilience, mais face à un nouveau traumatisme n'ont pu maintenir cette capacité; elles sont submergées par la réalité du moment présent. Le Type IIB(nR), quant à lui, concerne plutôt les personnes qui n'ont jamais eu les ressources suffisantes qui les auraient amenées à devenir résilientes.

Dans un tout autre contexte, Romano et al. (2011) mentionnent que l'impact de l'événement traumatique sur le plan physique influence aussi la thérapie. Plus ces impacts affectent physiquement la personne touchée, plus les empreintes sensorimotrices sont intenses et marquées. Dans un premier temps, être témoin d'une situation traumatique (p. ex. : voir un grave accident) affecte moins l'individu que s'il était impliqué directement dans l'événement traumatisant (p. ex. : être blessé dans l'accident). Par la suite, parmi les personnes impliquées directement, celles qui n'ont subi aucune atteinte physique (p. ex. : vol à main armée) ne sont pas touchées de la même façon que celles qui ont subi des atteintes physiques (p. ex. : viol, torture, agressions physiques, etc.). Et, les personnes qui ont subi des atteintes corporelles et qui restent avec des séquelles physiques (p. ex. : amputation d'un membre, cicatrices, etc.) doivent faire face à leur traumatisme d'une tout autre façon. Enfin, les personnes qui, en plus d'avoir subi

des atteintes avec séquelles physiques, ont encore dans leur vie de tous les jours des inconvénients qui leur rappellent sans cesse le traumatisme (p. ex. : douleurs chroniques, soins médicaux permanents, etc.) abordent, elles aussi, leur traumatisme de façon bien différente que celles qui ont été témoins à distance. S'il ne veut pas réactiver de façon incontrôlable le traumatisme, le thérapeute portera une attention particulière à cet aspect avant d'intervenir au niveau corporel avec ces victimes.

Ce chapitre a permis de mettre en lumière la définition d'un traumatisme, le contexte propice à son développement, les caractéristiques permettant d'en diagnostiquer la présence ainsi que les différents types de victime. Ces informations, nécessaires à une meilleure compréhension, soulèvent du coup toute la complexité du traumatisme, de ses effets sur la personne et des empreintes qu'il laisse au niveau corporel. Ces thèmes sont abordés dans le prochain chapitre.

Chapitre 2

Les empreintes traumatiques dans le corps

Tel que déjà mentionné, le traumatisme est une incapacité d'intégrer un événement traumatique, qui provoque une désorganisation chez la personne affectée. Le présent chapitre présente ces différentes désorganisations et leurs empreintes sur la dimension corporelle. La première section concerne le traitement de l'information. Nous y présentons les trois grandes régions du cerveau responsables du traitement de l'information et les désorganisations possibles de leur processus respectif : sensorimoteur, émotif et cognitif. Par la suite, quelques notions physiologiques et neurologiques sont décrites, permettant de mieux comprendre l'implication de la dimension corporelle dans le traumatisme. Enfin, nous voyons comment la réponse d'orientation est affectée par le traumatisme.

Les informations contenues dans ce chapitre sont d'une grande importance, car elles forment la base de la compréhension de la dimension corporelle associée au traumatisme.

Le traitement de l'information

L'évolution du cerveau à travers les âges a permis de traiter les différentes informations, internes ou externes, avec de plus en plus de nuances. Que ce soit instinctivement, émotivement ou cognitivement, ce traitement de l'information se fait de façon complémentaire à partir de trois régions distinctes du cerveau : le cerveau

reptilien, le plus archaïque; le cerveau limbique; et le néo-cortex, le cerveau le plus récent dans l'évolution. La figure 1 illustre le positionnement de ces régions dans le cerveau.

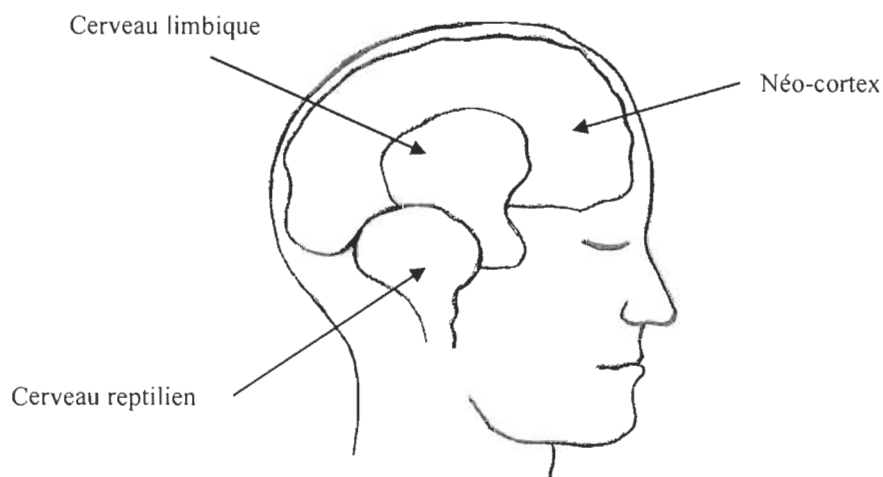


Figure 1 : Trois régions du cerveau impliquées dans le traitement de l'information.

À la suite d'un événement traumatique, le traitement de l'information peut devenir désorganisé : certaines régions du cerveau sont surinvesties (cerveau reptilien) alors que d'autres sont court-circuitées (néo-cortex). La complémentarité des différents processus de traitement de l'information est rompue, ne permettant plus d'intégrer l'événement (van der Kolk & al., 2007). Afin d'apporter une meilleure compréhension des effets désorganisés du traumatisme sur les trois régions de cerveau, nous présentons, dans un premier temps, le fonctionnement normal de chacune de ces régions. Par la suite, nous

présentons comment, lorsqu'il y a traumatisme, leur fonctionnement peut être désorganisé et perturbé affectant ainsi l'équilibre de la personne.

Les trois régions du cerveau : le cerveau reptilien, le cerveau limbique et le néo-cortex

Le cerveau reptilien est responsable des sensations et gouverne la plupart de nos fonctions vitales : respiration, activité cardiovasculaire, sécrétions hormonales, digestion et élimination. Son processus de traitement de l'information, le processus sensorimoteur, est responsable de la gestion des pulsions, des réflexes, des instincts de survie et de reproduction, des mouvements programmés ainsi que de l'homéostasie (Ogden & al., 2006). Opérationnel à la naissance, il est déjà en fonction au moment de la gestation et régit les changements physiologiques du développement fœtal (Janov, 1997). Le fonctionnement du cerveau reptilien est totalement inconscient et indépendant de la volonté. La perception instinctive du danger, via la réponse d'orientation, vient de cette région du cerveau.

Le processus émotif du traitement de l'information, issu de la deuxième région de cerveau, le cerveau limbique, est responsable de la gestion des émotions, de la mémoire, de certains comportements sociaux ainsi que de l'apprentissage (Ogden & al., 2006). C'est aussi lui qui permet de faire une rétrospective sur les événements passés. Sans ce processus émotif de traitement de l'information, il serait impossible de ressentir la tristesse ou la joie, la peur ou la sécurité (Ogden & al., 2006). La plupart des actions

prises par une personne sont déterminées par le processus émotif de traitement de l'information. Comme le mentionne le neurologue Damasio (1995), les émotions ou sentiments jouent un rôle fondamental dans le processus de décision. La plupart du temps, quand une personne entreprend une action, elle imagine le déroulement de l'action, afin de savoir si celui-ci éveille en elle des sensations et sentiments agréables. Si c'est le cas, la personne agit en ce sens. Par contre, si ses impressions sont déplaisantes, elle y renonce.

La région la plus évoluée du cerveau, le néo-cortex, contrôle la pensée, le langage, le raisonnement et la résolution de problème. Le processus cognitif réfère à la capacité de conceptualiser, de raisonner, de penser, de résoudre des problèmes et de prendre des décisions. Il inclut aussi la capacité d'observer et d'abstraire l'information d'une expérience, d'émettre un certain nombre d'actions possibles, de planifier pour l'accomplissement d'un but et d'évaluer les conséquences de ses actions (Ogden & al., 2006). La personne peut donc décider le plus adéquatement possible de l'action à entreprendre dans telle situation. C'est grâce à ce processus qu'il est possible de nommer et d'interpréter les sensations physiques et sensorielles ainsi que les émotions.

Chacune des régions du cerveau n'en remplace pas une autre. Elles viennent plutôt se compléter l'une l'autre. Chez l'être humain en santé, instincts, émotions et intellect travaillent ensemble pour offrir le plus grand nombre de choix possibles par rapport à une situation donnée (Levine, 2008b). Toutefois, lors d'un traumatisme, la

désorganisation fait en sorte que ces trois processus de traitement de l'information ne fonctionnent plus en synergie. Ils sont plutôt dissociés, travaillant indépendamment l'un de l'autre (Levine, 2008b). La prochaine section présente cette désorganisation.

La désorganisation des processus sensorimoteur, émotif et cognitif

Dans un contexte de traumatisme, le traitement de l'information se fait principalement par le cerveau reptilien qui régit les comportements et les actions de la personne. Une désorganisation dans le processus sensorimoteur peut entraîner une profonde altération dans les domaines tels que le sommeil (p. ex., difficulté d'endormissement ou sommeil interrompu, etc.), l'activité motrice (p. ex., réactions physiologiques, tremblements, engourdissement, hyper ou hypotonie, etc.), la sexualité (p. ex., désintérêt ou surinvestissement, etc.), les comportements d'agression (p. ex., impatience marquée, colère, perte de contrôle, etc.) et l'alimentation (p. ex., perte ou gain d'appétit, etc.) (Levine, 2008b). Les comportements associés à l'instinct de survie (p. ex., réponse d'orientation, hypervigilance, activation du système nerveux, etc.) risquent aussi d'être perturbés. En conséquence, la personne traumatisée se perçoit constamment en danger et interprète son environnement comme menaçant. Il peut alors devenir difficile, pour elle, de gérer ses pulsions. Cette désorganisation du processus sensorimoteur, inconsciente et involontaire, fait en sorte que la personne comprend difficilement ce qui lui arrive et pourquoi elle agit ou réagit comme elle le fait. Voici un exemple :

Vignette clinique 2 : Désorganisation du processus sensorimoteur. Josée arrive en psychothérapie complètement découragée. Elle mentionne à quel point elle en a assez de sa situation. Elle dit : « Je mets des tranches de pain dans le grille-pain. Je sais qu'elles vont sauter une fois cuites et que ça va faire du bruit. Je m'y attends, mais je fais quand même le saut et mon cœur bat à toute vitesse. Je deviens encore plus nerveuse et je me mets à regarder partout. Je sais que c'est stupide, mais je ne peux pas me contrôler. Même chose pour les gouttes d'eau que je reçois sur ma peau quand je lave la vaisselle ou que je prends ma douche. Je sais, je les vois, ce sont des gouttes d'eau, mais j'ai l'impression de me faire encore poignarder et je perds mes moyens. Je ne sais pas comment ça se fait que je réagis comme ça. »

Depuis l'agression physique qu'elle a subie, le processus sensorimoteur de Josée est désorganisé et surinvesti. L'événement n'ayant pu être intégré, Josée reste avec une hypervigilance incroyable, un système nerveux activé en permanence et un instinct de survie en alerte. Chacune des situations ayant le potentiel d'accentuer ses réactions physiologiques (p. ex., la sensation physique provoquée par la goutte d'eau sur la main) est perçue comme un danger (p. ex., perception des coups de couteau subis lors de l'agression). Même si Josée est capable de dire que ce qu'elle vit physiquement n'est pas une menace, elle est incapable de contrôler ses réactions physiques. C'est comme si son corps fonctionnait indépendamment de sa volonté.

Une désorganisation du processus émotif a aussi des impacts majeurs sur la personne traumatisée. Elle peut éprouver des pertes de mémoire, des amnésies partielles ou complètes et des difficultés dans le rappel de souvenirs. Cette désorganisation mnésique rend ardue la rétrospective de l'événement traumatisant ainsi que l'inscription de cet événement dans une lignée temporelle. Audet et Katz (1999) soutiennent que le

passé et le présent de la personne traumatisée sont fragmentés et mélangés. La désorganisation du processus émotif rend aussi les nouveaux apprentissages difficiles. Le travail thérapeutique est alors plus complexe. L'aspect social de la personne risque d'être affecté et peut se traduire par un isolement par rapport aux gens, un sentiment d'être seul, une fermeture face aux autres. Enfin, la gestion des émotions peut devenir difficile. Ogden et ses collaborateurs (2006) mentionnent que les personnes traumatisées sont souvent caractérisées par l'incapacité de se fier à leurs émotions pour guider leurs actions. La vignette suivante en montre un exemple.

Vignette clinique 3 : Désorganisation du processus émotif. Lorsqu'en entrevue, Cédric se retrouve sur le point d'aborder la situation traumatique, nous remarquons tout à coup qu'il est rapidement envahi par toutes sortes d'émotions (colère, tristesse, peur, honte, etc.). Interprétant plutôt les sensations physiques reliées à ces émotions comme une réponse à une menace, Cédric se retrouve dans le même état de panique que lors de l'événement traumatique. En réaction à des interventions ciblées, Cédric réussit à séparer le moment présent (non dangereux) du passé (événement traumatique) et en arriver à se calmer après plusieurs minutes.

Comme le processus émotif de Cédric est affecté, ce dernier est incapable d'identifier ses émotions et de les inscrire sur une ligne de temps. Il n'arrive pas à faire la différence entre les émotions évoquées par le récit de l'événement traumatique et celles vécues lors de l'événement traumatique lui-même. Il interprète plutôt les réactions physiologiques associées à ses émotions (p. ex., augmentation du rythme cardiaque et de la pression sanguine, etc.) comme les signes d'un danger externe. Cette situation est parfois tellement pénible pour la personne que cette dernière ne peut y réagir autrement

qu'en se dissociant¹, processus inconscient, il va sans dire. Ce genre de désorganisation, observé à différents niveaux, est assez courant dans ce genre de situations.

Nous avons vu que dans les situations de traumatisme, le traitement de l'information est dominé par le processus sensorimoteur. L'intensité des réactions corporelles et émotives peut être tellement grande que les fonctions du néo-cortex en sont, en quelque sorte, court-circuitées (Ogden et al., 2006). La déconnexion des fonctions mentales se manifeste, entre autres, par un surinvestissement des affects et des réactions physiques, une tendance aux fausses interprétations qui se traduisent par des généralisations erronées, une incapacité d'abstraire adéquatement l'information, à penser et à anticiper les conséquences des actes posés. Les décisions et les actions subséquentes ont tendance à être impulsives et inappropriées par rapport à la réalité. Van der Kolk (2007a, 2007 b, 2007c) mentionne que l'activité dans l'aire de Broca, responsable de traduire les expériences personnelles en langage, est supprimée pendant un incident traumatique ou lors du rappel de celui-ci. Il nomme cette situation « la terreur sans mot ». Cette information aide à comprendre pourquoi, lors d'un événement traumatisant, les personnes n'arrivent pas à crier, sont incapables de parler ou, que lors du récit de l'événement, elles sont incapables de nommer ce qu'elles ressentent. La vignette suivante illustre une désorganisation du processus cognitif.

¹ La dissociation est abordée de façon plus complète dans le chapitre trois.

Vignette clinique 4 : Désorganisation du processus cognitif. Depuis son accident de la route sur l'autoroute 40, Jonathan n'a pas été capable de reconduire sur l'autoroute bien qu'il puisse le faire sur les routes secondaires ou dans les rues de la ville. Il a terriblement peur d'avoir un autre accident. Il dit : « Je sais dans ma tête que ce n'est pas plus dangereux d'avoir un accident sur l'autoroute que sur la route secondaire, mais c'est plus fort que moi. J'ai peur. Je ne peux pas y aller. »

La désorganisation du processus cognitif de Jonathan fait en sorte qu'il généralise ce qu'il lui est arrivé (p. ex., un accident sur l'autoroute) à certaines nouvelles situations semblables qui se présentent à lui (p. ex., reprendre l'autoroute). Bien que Jonathan sache, de façon cognitive, que le risque d'accident sur l'autoroute est minime, il n'arrive pas à ajuster ses actions à sa pensée. Si des interventions précises ne sont pas faites, Jonathan pourrait généraliser davantage et en venir à ne plus vouloir conduire.

Considérant ces désorganisations, la personne traumatisée se retrouve donc avec des souvenirs, des images, des odeurs, des sensations physiques, des pensées qui ne sont pas intégrés et qui semblent demeurer en flottement. Comme l'ensemble de ces informations n'est pas intégré et inscrit dans une ligne de temps, la personne semble figée dans le temps, incapable de sortir de l'événement traumatique. Ce figement fait en sorte que le signal d'alarme envoyé au corps par le cerveau reptilien est maintenu ce qui, à son tour, fait revivre à la personne des éléments traumatiques. Le cycle infernal du traumatisme est ainsi enclenché.

Les désorganisations sensorimotrices, émotives et cognitives que nous venons de voir s'organisent autour de différentes composantes et systèmes du corps. C'est ce dont il est question dans la section suivante.

Les notions physiologiques et neurologiques

Les aspects physiologiques et neurologiques présentés dans cette section, permettent de comprendre comment les différents systèmes du corps sont sollicités en situation de traumatisme et comment ils réagissent. Nous présentons d'abord les composantes responsables de la transmission de l'information vers le cerveau reptilien : les systèmes sensoriels extéroceptifs et intéroceptifs ainsi que le système musculaire. Vient ensuite la présentation du système limbique et du système mnésique.

Les composantes qui transmettent l'information au cerveau reptilien

Les différentes informations relatives à l'événement traumatique ou des effets de celui-ci sont transmises au cerveau reptilien à partir de trois composantes : les cinq sens (les récepteurs extéroceptifs), les sensations internes du corps (les récepteurs intéroceptifs) et le mouvement (le système musculaire) (Ogden & al., 2006). Chez la personne traumatisée, nous savons que le processus sensorimoteur est désorganisé. Le traitement de l'information en provenance de ces différentes composantes risque donc d'être biaisé.

Les cinq sens. Comme le mentionne Rothschild (2008), les premières impressions d'une expérience nous parviennent de nos sens. Rappelons que tous les organes sensoriels peuvent être la porte d'entrée d'un traumatisme : la vue (p. ex., image de l'agresseur), l'ouïe (p. ex., attentat), l'olfaction (p. ex., odeurs de cadavres), le toucher (p. ex., sensation de froid du canon d'un fusil), le goût (p. ex., goût d'excréments) (Lebigot, 2005). C'est par les récepteurs extéroceptifs de nos organes sensoriels que nous recevons et transmettons l'information en provenance de l'extérieur vers le cerveau reptilien. Tout apprentissage dépend de notre habileté à recevoir l'information de l'environnement à travers les sens et le corps, à synthétiser cette information et à organiser des comportements adaptés (Ogden & al., 2006). Le cerveau compare les informations sensorielles recueillies avec les informations qu'il possède déjà (p. ex., connaissances, perceptions, comportements, etc.) et qu'il a acquises au fil du temps (p. ex. : Je vois quelque chose qui bouge dans le ciel. Une comparaison de l'information recueillie est faite avec celle que je possède déjà. C'est un oiseau.). Chez les personnes traumatisées, cette façon de faire est biaisée, car elles comparent constamment les informations avec leurs réminiscences du traumatisme passé (p. ex., images, croyances, émotions), les interprétant comme étant dangereuses (Ogden & al., 2006).

Les sensations internes du corps. Les sensations internes du corps font référence à une multitude de sensations qui sont continuellement créées par le mouvement du corps. La capacité à ressentir ces sensations internes dépend des récepteurs intéroceptifs qui reçoivent et transmettent les informations en provenance du corps, des viscères, des

muscles et des tissus conjonctifs vers le cerveau. Deux catégories sont à distinguer : la proprioception et le sens vestibulaire (Rothschild, 2008).

La proprioception comprend la kinesthésie et la somesthésie. Le ressenti kinesthésique permet de localiser toutes les parties du corps dans l'espace, d'identifier le degré de force utilisé et le synchronisme dans un mouvement, la vitesse et le niveau d'étirement des muscles. Il est aussi au cœur de l'aspect procédural de la mémoire implicite¹ : il aide à apprendre et à se souvenir de la manière de faire les choses (p. ex., attacher son soulier) (Ogden & al., 2006; Rothschild, 2008). La somesthésie, appelée aussi sensibilité corporelle, donne les informations sur les états du corps comme le rythme cardiaque, la respiration, la température interne, la tension musculaire et les informations parvenant des viscères. À chaque émotion fondamentale, la crainte, la colère, la honte, la tristesse, l'intérêt, la frustration ou la joie, correspondent une série de sensations corporelles spécifiques stimulées par une activité précise dans le cerveau (Rothschild, 2008). Une impression (p. ex., trac, inconfort, malaise) provenant d'une réaction viscérale (p. ex., impression de serrement dans l'estomac) est un bel exemple du résultat de la perception des récepteurs sensoriels internes (Rothschild, 2008). C'est grâce à la somesthésie et au traitement de l'information par les trois niveaux de processus qu'il est possible d'identifier et de nommer les sensations et les émotions.

¹ La mémoire implicite, inconsciente et involontaire, est impliquée dans le stockage et le rappel de procédure. Cette notion sera davantage expliquée dans la section portant sur le système mnésique.

Le sens vestibulaire quant à lui est localisé dans l'oreille interne, il fournit la capacité de maintenir le corps en équilibre par rapport à la gravité terrestre. Lorsque perturbée, cette fonction peut donner des vertiges, des sensations bizarres dans la tête, le mal des transports ou une perte d'équilibre (Rothschild, 2008).

Le mouvement. Le mouvement comprend le cycle de la respiration, le mouvement des organes internes, la pulsion du sang, ainsi que les petits, presque imperceptibles, mouvements de vibration ou de tremblement. On y inclut aussi le mouvement des grands muscles, des petits muscles et les mouvements de communication non verbale : expression faciale, changement de posture ou de l'angle de la tête, gestuelle des mains et des bras, etc. (Ogden & al., 2006.) Certains mouvements sont conscients, d'autres inconscients; certains sont volontaires et d'autres involontaires.

Même si les structures responsables de la gestion des mouvements sont logées dans la région néo-corticale, le mouvement est une composante somatique. Toutefois, compte tenu de son emplacement, la région du cerveau (néo-cortex) qui est impliquée dans le raisonnement et aide à résoudre les problèmes est aussi engagée dans le mouvement. C'est pourquoi l'activation d'une des fonctions de cette région du cerveau (p. ex., le mouvement) peut influencer l'autre (p. ex., la pensée). Comme le mentionnent Ogden et ses collègues (2006), les mouvements ont construit et continuent de construire la pensée et réciproquement. « Ce que je pense » et « Comment je pense » sont influencés par le corps.

Le système limbique

Le système limbique regroupe les structures suivantes du cerveau : l'hippocampe, le thalamus, le cortex cingulaire, le fornix, le bulbe olfactif, l'amygdale, l'hypothalamus et les corps mamillaires. Ce système est fondamental dans les mécanismes de l'émotion (p. ex., la peur, la terreur), de l'apprentissage et de la mémoire (Rosenzweig, Leiman, & Breedlove, 1998). Le système limbique régule également le système nerveux végétatif (SNV), responsable de la régularisation des muscles lisses et des autres viscères. Le SNV possède deux divisions : le sympathique et le parasympathique. Le sympathique est essentiellement activé en cas d'effort et de stress, tant positifs que négatifs. Le parasympathique est principalement activé en période de repos et de relâchement (Heller & Heller, 2001; Rothschild, 2008). Lorsque toutes les informations internes et externes en provenance du corps concernant un événement traumatique sont transmises au cerveau, la personne, via son système limbique, et plus précisément son système sympathique, s'active (Rothschild, 2008).

Le système limbique réagit à la menace traumatique en libérant des hormones qui préparent le corps à l'action défensive. Trois types de réactions sont possibles : la fuite, le combat ou le figement. Ce sont des réactions primaires de défenses instinctuelles, automatiques et instantanées. Elles ne sont pas choisies ni réfléchies et elles sont des réactions de survie saines, normales et adaptatives (Levine, 2008 b; Rothschild, 2008). Ces dernières informations sont importantes, surtout dans les cas où la réaction est le figement, étant donné que plusieurs personnes traumatisées se sentent coupables de la

façon dont elles ont réagi lors de l'événement. En effet, elles disent souvent qu'elles n'ont « rien fait ».

En réponse à la perception de la menace et à la libération des hormones par le système limbique, l'amygdale envoie un signal d'alarme à l'hypothalamus via des neurotransmetteurs. Comme le décrit Rothschild (2008), ce signal déclenche deux actions. L'activation du système nerveux sympathique qui stimulera les glandes surrénales pour qu'elles libèrent deux hormones, l'adrénaline et la noradrénaline, afin de mobiliser le corps à la fuite ou la défense. Il y aura donc accélération de la respiration et du rythme cardiaque afin de fournir l'oxygène au corps. Il y aura aussi le retrait du sang dans les périphéries du corps (p. ex., mains, pieds, etc.) pour l'envoyer dans les muscles afin d'obtenir une plus grande rapidité de mouvement. Au même instant, il y a libération de la CRH (corticolibérine). Cette hormone stimule l'hypophyse pour qu'elle libère de l'ACTH (hormone adrénocortico-tropique) qui va, à son tour, stimuler les glandes surrénales, cette fois pour libérer le cortisol. Une fois l'incident traumatique terminé ou que la réaction de survie est passée, le cortisol va arrêter la réaction d'alarme et la production d'adrénaline/noradrénaline ce qui va aider le corps à retrouver son équilibre. Chez les personnes aux prises avec un traumatisme, ce système est dérégulé. Il semble que les glandes surrénales ne libèrent pas assez de cortisol pour arrêter la réaction d'alarme (Yehuda, Southwick, Nussbaum, Wahby, Giller, & Mason, 1990). Le système nerveux sympathique continue d'être stimulé même si l'événement traumatique est terminé. Cette stimulation dans le corps entraîne des symptômes physiques (p. ex.,

rythme cardiaque élevé, tension musculaire, etc.) qui sont à la base de l'anxiété, de la panique, de la faiblesse, de l'épuisement, de la raideur des muscles et de troubles du sommeil (Rothschild, 2008). À long terme, ce dérèglement du système nerveux pourrait expliquer, en partie, le développement de problèmes de santé physique tels que l'hypertension artérielle, les difficultés gastriques, immunitaires, dermatologiques, etc. (Thurin & Baumann, 2003)

Si la personne arrive à sortir de la situation menaçante par la fuite ou le combat, elle ne développera pas de traumatisme. Toutefois, si elle n'y arrive pas, elle reste dans le figement. Le figement se produit lorsque le système nerveux ne reçoit pas l'information concernant la fin de la menace par une décharge d'énergie (soit par la fuite ou le combat). Il reste donc activé indéfiniment jusqu'à ce que la décharge d'énergie ait lieu. Dans le même temps, la quantité d'énergie trop grande pour pouvoir être gérée par l'organisme fait en sorte que les structures du système limbique enclenchent un frein puissant qui fige la personne. Le figement se caractérise donc par une impression d'être paralysé, une incapacité de bouger et de respirer. Cette impression de paralysie est si profonde que la personne ne peut ni crier, ni bouger, ni ressentir (Levine, 2008b). Voici un exemple :

Vignette clinique 5 : Réponse instinctuelle de figement. Yolande, aujourd'hui âgée de 50 ans, mentionne au thérapeute à quel point elle se trouve lâche et comment elle a honte de ne pas avoir défendu son frère alors qu'ils étaient enfants. Leur père, qui était très colérique, frappait régulièrement son jeune frère. Terrorisée, Yolande dit qu'elle restait figée à regarder son frère se

faire battre. Elle ne comprend pas pourquoi elle ne s'est pas interposée. Elle mentionne : « J'avais 15 ans. J'aurais été capable de pousser mon père. J'aurais dû le pousser, mais je n'ai rien fait. Toutes les fois, je n'ai rien fait. Je l'ai simplement laissé faire. Je ne comprends pas pourquoi j'ai rien fait. »

La situation de Yolande illustre bien ce qu'est la réaction de figement. Via le système limbique, l'évaluation de la situation dans laquelle Yolande se retrouve ne lui permet ni la fuite ni le combat. Avec le recul, en dehors de la situation traumatisante, Yolande peut dire « J'aurais dû », mais lorsque l'événement s'est produit, la réponse de figement a été instinctive. Yolande n'a pas choisi consciemment de figer, elle a réagi en fonction des informations que son système limbique envoyait à son corps.

Il arrive que cette réaction de figement se traduise par une perte du tonus musculaire, comme si la personne devenait une poupée de chiffon. Levine (2008a, 2008b) parle « d'immobilité tonique » pour décrire ce phénomène. Le système nerveux sympathique est en fonction alors que, simultanément, le système nerveux parasympathique se déclenche, masquant l'activité du système nerveux sympathique (Ogden & al., 2006; Rothschild, 2008). L'immobilité tonique se caractérise par la perte de tonus musculaire, un regard vide, un sentiment d'impuissance extrême. La personne va parfois décrire cette expérience comme une transe (Levine, 2008a). L'immobilité tonique rend la personne insensible (Ogden & al., 2006), dans un état de détachement complet. Cette réaction est contraire à ce qui se passe dans le figement où les muscles sont tendus, et où il y a une hypervigilance.

L'efficacité de la réaction de figement ou de l'immobilité tonique est équivalente aux réactions de fuite et de combat et elle peut même devenir le meilleur choix dans de nombreuses situations. Levine (2008b), qui tire ses conclusions à partir d'observations chez les animaux, mentionne que la nature a développé cette réaction de figement ou d'immobilité pour deux raisons. D'abord, elle constitue une stratégie de dernière chance. C'est comme « faire le mort » pour ensuite profiter d'un moment d'inattention de l'agresseur pour sortir de son état de figement et réussir à prendre la fuite. Et puis, grâce à l'état de figement ou d'immobilité, aucune douleur n'est ressentie. L'analgésie est une fonction importante du figement et de l'immobilité, en engourdissant le corps et l'esprit (Rothschild, 2008).

Vignette clinique 6 : Immobilité tonique. Rosalie raconte comment elle a eu l'impression d'être morte au moment du viol. Elle dit : « Après m'être débattue un moment, j'ai soudainement senti mon corps devenir tout mou. Je n'arrivais plus à bouger. C'est comme si je ne m'habitais plus. J'étais ailleurs. Je n'ai même pas eu connaissance quand il (l'agresseur) m'a mutilée (coupure aux mamelons, rectum défoncé). Je me souviens que je parlais à mon père qui est mort depuis quelques années. Je lui demandais de venir me sauver. J'ai même eu l'impression d'aller le rejoindre ».

L'activation du système sympathique de Rosalie suite aux sévices qu'elle subit est si intense et insupportable que son système parasympathique s'enclenche provoquant l'immobilité tonique. Cette vignette illustre le sentiment de détachement, d'insensibilité et de perte de tonus musculaire que peuvent ressentir les personnes traumatisées. Ces dernières sont tellement déconnectées de leurs corps et de la situation qu'elles n'ont plus

réellement conscience de ce qui se passe. C'est, entre autres, cette dissociation avec leur corps qui leur permet de tolérer la situation qui autrement serait insupportable.

Le système mnésique

Cette section présente le processus mnésique, la mémoire explicite et la mémoire implicite, le circuit rapide et le circuit lent du traitement de l'information ainsi que le conditionnement classique et opérant.

Le processus mnésique. La mémoire enregistre, emmagasine et restitue l'information en provenance des milieux internes et externes de la personne. Le cerveau traite les perceptions et les emmagasine en tant que pensées, émotions, images, sensations, mouvements, comportements. (Rothschild, 2008).

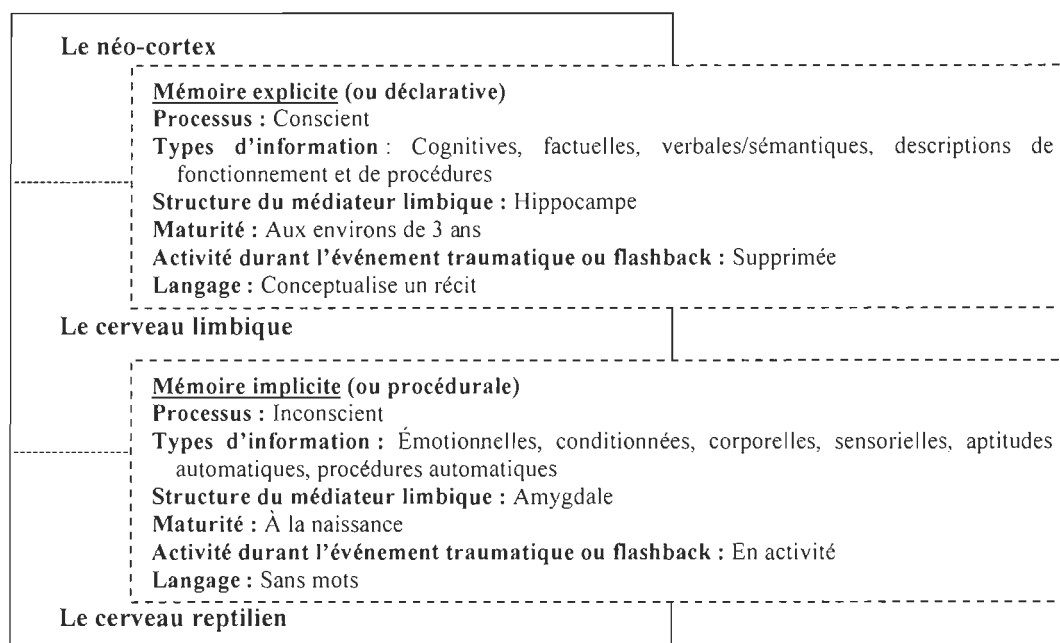
Deux structures du système limbique, l'hippocampe et l'amygdale sont importantes pour la compréhension de la mémoire. Ces deux structures sont partie intégrante du processus de transmission de l'information du corps vers le cortex cérébral (Rothschild, 2008). L'hippocampe donne un contexte de temps et d'espace à l'événement. Il permet d'établir une chronologie. C'est donc grâce à lui que la personne est capable de décrire les événements avec un début et une fin. Cette information est importante dans un contexte de traumatisme, car une des caractéristiques de ce dernier est l'impression que l'événement traumatique n'est pas terminé. La production d'hormones du stress supprime l'activité de l'hippocampe pendant la menace traumatique (Rothschild, 2008).

Dans une telle situation, l'événement traumatique ne peut pas être classé dans l'histoire de l'individu et continue d'envahir le moment présent. L'amygdale, quant à elle, facilite le traitement des souvenirs à forte teneur émotionnelle comme la terreur et l'effroi. C'est aussi par l'amygdale que les informations émotionnelles et sensorielles seront transmises au néo-cortex.

La mémoire explicite et implicite. Rothschild (2008) explique qu'à partir des deux structures nommées précédemment, l'hippocampe et l'amygdale, la mémoire peut être classée selon deux catégories : la mémoire explicite et la mémoire implicite. La figure 2, présentée à la page suivante, illustre ces deux catégories de mémoire en fonction des trois régions du cerveau.

La mémoire explicite ou déclarative, qui passe par l'hippocampe, consiste en faits, concepts et idées (van der Kolk, 2007c). Elle dépend du langage (oral ou écrit). En fait, le langage est nécessaire à l'emmagasiner et à la récupération des souvenirs explicites. Cette incapacité de mettre en mot l'expérience (p. ex., nommer la sensation, l'émotion) fait en sorte que cette expérience ne peut pas être stockée, par la suite avec l'aide du cerveau limbique, dans la mémoire explicite. Elle sera plutôt stockée dans la mémoire implicite (Rothschild, 2008). C'est ce qui explique que nous ne nous souvenons pas, explicitement, des traumatismes qui se sont produits au début de la vie, mais que nous pouvons en ressentir certains effets (p. ex., malaises, inconforts, peurs, etc.). En effet, l'amygdale, mature dès la naissance, est déjà capable de stocker des souvenirs émotifs et

sensoriels inconscients alors que l'hippocampe, qui n'est mature que plus tard dans l'enfance, n'en a pas la possibilité (Rothschild, 2008). La mémoire explicite concerne aussi la mémoire d'opérations qui nécessitent la pensée et la narration étape par étape. C'est donc la mémoire explicite qui permet la mise en mots d'expériences, l'élaboration d'une chronologie, la découverte d'une signification, le récit de vie ou d'un événement. Le souvenir explicite d'un traumatisme repose sur la capacité de se rappeler l'événement, de faire le récit cohérent de celui-ci et de le classer historiquement dans la bonne période de vie. (Rothschild, 2008).



Adaptation à partir du tableau de Rothschild, 2008

Figure 2 : Mémoire explicite et implicite selon les différentes régions du cerveau.

La mémoire implicite passe par l'amygdale et est inconsciente. Nous la nommons aussi mémoire procédurale, car elle est impliquée dans le stockage et le rappel de

procédures, de marches à suivre ou de comportements acquis (van der Kolk, 2007c). C'est par la mémoire implicite que nous pouvons réaliser des tâches automatiques comme marcher, attacher un lacet ou jouer au tennis sur table (Rothschild, 2008). Comme elle est inconsciente, nous apprenons sans retenir l'expérience de l'apprentissage. C'est ce qui explique, qu'à la suite d'un traumatisme, la personne mentionne ne pas savoir pourquoi elle fait tel ou tel comportement. Elle peut avoir appris ce comportement « sans s'en rendre compte ».

Vignette clinique 7 : Apprendre sans être conscient de l'apprentissage. Virginie raconte lors d'une séance pourquoi elle est si troublée. Virginie m'informe que depuis toute petite, elle est incapable de tolérer quelque chose près de son visage. Elle ne savait pas, jusqu'à il y a deux jours, pourquoi elle réagissait aussi fortement. Chaque fois que quelque chose approchait son visage, elle paniquait et se débattait vigoureusement. Elle ne comprenait pas trop ce comportement, mais elle s'efforçait de ne pas y penser. Virginie ajoute qu'elle a entamé des démarches pour retrouver ses parents biologiques et que ses démarches ont été fructueuses. Elle a donc rencontré son père (la mère était décédée) il y a deux jours. Au cours de leur rencontre, ce dernier informe Virginie des raisons de sa mise en adoption. Il explique que la mère, étant dépressive depuis plusieurs années, avait tenté à deux reprises de l'étouffer avec un oreiller. Son père était intervenu juste à temps. Virginie avait 2 mois à l'époque.

Le souvenir de cette agression s'est inscrit dans la mémoire implicite. Virginie ne pouvait donc pas se rappeler, consciemment, ce qui s'était passé. Elle ne pouvait pas expliquer avec des mots pourquoi elle agissait ainsi. Pourtant, son corps se souvenait de la situation et réagissait chaque fois qu'elle avait l'impression de revivre une expérience

semblable. Maintenant que son père lui a fourni de nouvelles informations, elle peut mieux comprendre son comportement.

Les événements traumatiques sont plus facilement stockés dans la mémoire implicite parce que l'amygdale n'est pas mise hors circuit par les hormones de stress qui en revanche, suppriment l'activité de l'hippocampe (Rothschild, 2008). Les émotions bouleversantes, les sensations corporelles dérangeantes et les impulsions comportementales déroutantes peuvent donc toutes exister dans la mémoire implicite sans que nous puissions avoir accès à une information au sujet du contexte dans lequel elles sont apparues (Rothschild, 2008; van der Kolk & Ducey, 1989). Janov (1997) mentionne que lorsqu'un souvenir émotionnel se traduit, par exemple, par une sensation de grande tristesse et de vide, sans évoquer de scène particulière; c'est parce qu'en l'occurrence, la sensation représente le souvenir. Il a simplement été enregistré dans la mémoire implicite et non dans la mémoire explicite.

Circuit rapide et circuit lent du traitement de l'information. La mémoire implicite se subdivise en deux sous-catégories : la mémoire émotive et la mémoire somatique/sensorielle. Lorsque la personne reçoit des informations (p. ex., sons, odeurs, images, goûts, sensations, etc.), son système mnésique tente de les comparer avec ses souvenirs (p. ex., émotifs, somatiques et sensoriels) implicites et explicites passés via deux circuits : thalamique (thalamus/amygdale) et cortical (thalamus/néo-cortex/amygdale) (Rothschild, 2008). La figure 3 de la page suivante illustre ces deux circuits.

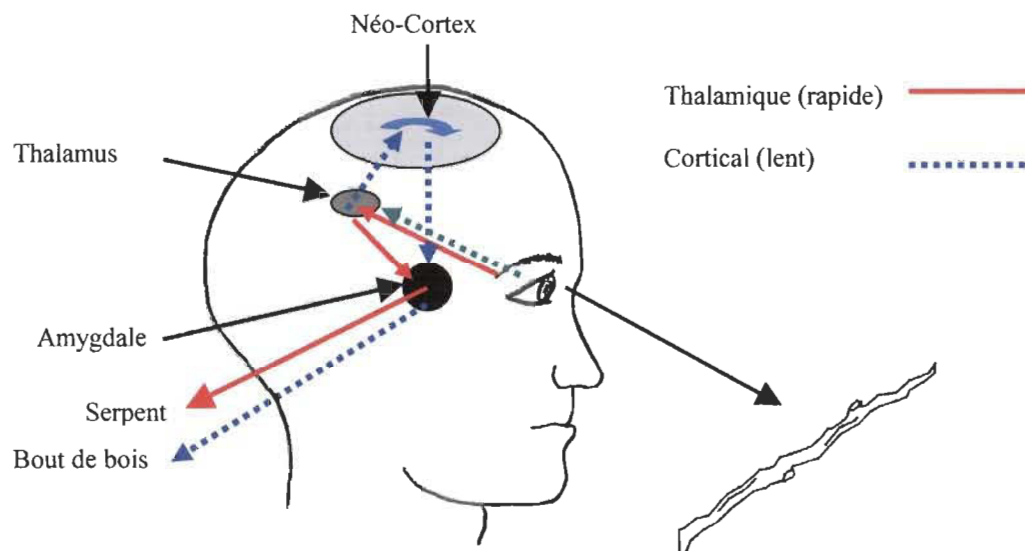


Figure 3 : Circuit rapide et circuit lent du traitement de l'information.

Dès la réception de l'information, le thalamus active simultanément l'amygdale et le cortex. La comparaison qui se fait via le circuit thalamique (voie rapide) permet une évaluation grossière et rapide des informations. Par exemple, si une personne a déjà été mordue par un serpent et qu'elle voit quelque chose de long et noir par terre, son circuit thalamique risque de comparer ce qu'elle voit avec le souvenir du serpent et de la morsure subie. Son système limbique s'active et tente d'identifier les différentes actions possibles. La personne risque alors de fuir, combattre ou figer sur place. C'est ce qui explique que nous ayons des réactions émotionnelles et comportementales avant même que nous ayons identifié réellement le stimulus.

De son côté, le circuit cortical (voie lente) vérifie la situation afin de confirmer l'existence d'un véritable danger (p. ex., oui c'est un serpent) et neutraliser la réaction si c'est une erreur (p. ex., non c'est un bout de bois).

Conditionnement classique et opérant. Une catégorie de souvenirs comprise dans la mémoire implicite concerne les comportements appris suite au conditionnement classique ou au conditionnement opérant. Le conditionnement classique consiste à associer un stimulus (S) connu à un nouveau stimulus conditionnel (SC) afin d'obtenir un nouveau comportement appelé réponse conditionnée (RC). Par exemple, si un homme a été frappé (S) par une voiture jaune (SC) et qu'il a eu peur (RC), il se peut qu'il ait peur (RC) dès qu'il voit la couleur jaune (SC). Une des difficultés dans le traitement du traumatisme est que plusieurs stimuli peuvent être associés au traumatisme et ceux-ci peuvent déclencher une réponse similaire. Si une information portant sur l'événement a pu être explicitement enregistrée dans son cerveau, la personne peut être capable de faire le lien et être un peu plus en mesure de mieux contrôler sa réaction. Toutefois, comme nous venons de le voir, les souvenirs traumatiques sont enregistrés dans la mémoire implicite. La personne n'a donc pas conscience de cet enregistrement et, par conséquent, de la cause de ses réactions à moins qu'une association entre la mémoire implicite et la mémoire explicite puisse être faite, soit spontanément soit avec l'aide d'une psychothérapie (Rothschild, 2008).

Le conditionnement opérant ou instrumental concerne l'apprentissage d'un comportement en réponse au renforcement ou à la punition de celui-ci. Les comportements qui, par exemple, apportent un certain soulagement se reproduisent plus souvent. Si une personne réalise que l'activité physique intense lui permet de se sentir bien et de ne plus penser à son agression, il peut arriver qu'elle se lance compulsivement dans l'activité physique. En contrepartie, les comportements non souhaités et punis sont moins fréquents ou disparaissent à première vue (Rothschild, 2008). Si une personne traumatisée vit beaucoup d'anxiété à la vue de la couleur jaune, il se peut qu'elle décide de ne plus aller dans les endroits où elle risque de voir cette couleur (p. ex., centre commercial, restaurant, forêt à l'automne, etc.). Elle s'assure ainsi de ne pas vivre l'anxiété associée à la couleur jaune. Le conditionnement opérant explique bien pourquoi les personnes traumatisées développent toutes sortes de comportements d'évitement.

Le comportement conditionné durant un événement traumatique semble être beaucoup plus tenace que celui conditionné sous un niveau de stress moindre ou nul. Il suffit d'une stratégie de survie échouée (p. ex., la personne se défend, mais n'arrive pas à se sortir de la situation ou subit des sévices plus importants) durant un événement traumatique pour que ce comportement soit complètement effacé du répertoire de comportement possible (p. ex., ne se défendra plus). L'inverse est aussi vrai. Quand des stratégies mises en place pour faire face à une menace traumatique fonctionnent, elles sont plus susceptibles d'être utilisées à nouveau (Rothschild, 2008).

La réponse d'orientation

Cette section explique la réponse d'orientation et décrit ses différentes étapes. Pour chacune de ces étapes, nous présentons son fonctionnement normal suivi de leurs désorganisations possibles en situation de traumatisme.

La définition de la réponse d'orientation

La réponse d'orientation est cette capacité, inconsciente et instinctuelle de percevoir et de réagir à tout changement survenant dans l'environnement interne (p. ex., émotions, sensations physiques, etc.) ou externe (p. ex., un beau tableau, une menace, quelque chose qui bouge, etc.) d'une personne. Cette réponse d'orientation est active à tout moment, que l'individu soit endormi ou éveillé (Levine, 2008b, Ogden & al., 2006). Levine (2008b) mentionne que l'attente, la surprise, la vigilance, la curiosité et la capacité à sentir le danger constituent toutes des formes d'attention perceptive et kinesthésique qui émergent des schémas complexes de la réponse d'orientation. Une fois cette réponse déclenchée, nous nous sentons obligés de chercher une explication. Le cerveau, via le circuit thalamique, orientera, organisera et répondra aux stimuli bien avant que nous y soyons consciemment attentifs (Levine, 2008 b, Rothschild, 2008). L'action physique précède donc la pensée et parfois même les réactions émotionnelles.

Vignette clinique 8 : Primauté de la réaction physique. Laurie raconte au thérapeute ce qui lui est arrivé au cours de la semaine dernière. Alors qu'elle se déplaçait en voiture, elle constate que quelque chose arrive dans son champ de vision. Elle dit avoir freiné de toutes ses forces. Orientant son regard vers ce qui avait attiré son attention, elle réalisa alors qu'un camion

sortait à grande vitesse d'un stationnement. Elle ajoute : « Je me suis rangée sur le côté de la route et j'ai réalisé, par la suite, que j'aurais pu avoir une violente collision. Tout à coup, la peur m'a envahie, je me suis mise à trembler et à pleurer sans trop comprendre ce qui se passait ou ce qui m'arrivait. »

La réponse d'orientation a permis à Laurie de réagir rapidement à son environnement. Avant même qu'elle identifie ce qui se présentait dans son champ de vision, son corps avait déjà fait une action : freiner. Sa réaction physique l'a devancée. Ce n'est que par la suite, une fois que toute l'information a été traitée via le circuit cortical, que Laurie a compris ce qui venait de lui arriver et qu'elle a été envahie par différentes émotions.

La réponse d'orientation est fondamentale pour les différents processus de traitement de l'information (sensorimoteur, émotif et cognitif), car elle détermine la qualité, le type et la quantité d'informations transmises concernant l'événement. Elle servira de guide pour les actions éventuelles afin de s'adapter aux situations. Toutefois, si cette réponse est interrompue ou impossible à exécuter comme c'est souvent le cas dans une situation de traumatisme, la personne se voit privée d'une bonne partie de l'information et donc, de sa capacité à s'adapter (Ogden & al., 2006).

Il existe deux types d'orientation (Ogden & al., 2006). Le premier type, « l'orientation manifeste », implique les actions physiques visibles telles que tourner les yeux, la tête et le corps, en direction du stimulus. Par exemple, alors que nous marchons

dans la rue, notre attention est attirée par quelque chose qui bouge dans le ciel. Nous levons le regard, un oiseau vient de passer. Cette forme d'orientation est souvent automatique, indépendante de la conscience. Toutefois, il est possible d'orienter volontairement l'attention sur l'un ou l'autre des stimuli présents dans l'environnement comme dans le cas de la recherche d'un objet précis. Le deuxième type, « l'orientation invisible » ne mobilise aucun mouvement. C'est un changement interne ou mental de l'attention portée à un stimulus vers un autre (Ogden & al., 2006). Il nous est tous arrivé, lors d'un souper avec des amis dans un endroit public, tout en continuant notre discussion avec eux, que notre attention soit soudainement portée sur la discussion des gens de la table voisine parce que le sujet nous intéresse. Ces deux types d'orientation sont fortement liés, l'un étant souvent suivi de l'autre. Lorsque survient un changement brusque dans notre environnement, ces deux types d'orientation agissent simultanément. Toutefois, ils peuvent aussi agir indépendamment l'un de l'autre. Il est possible de regarder un objet dans l'environnement et que simultanément, l'attention interne ou mentale soit complètement ailleurs (Ogden & al., 2006) comme c'est le cas lorsqu'un client regarde le thérapeute, mais qu'il est pris dans ses pensées.

Les étapes de la réponse d'orientation

La réponse d'orientation se divise en neuf étapes : l'excitation, l'arrêt des activités, l'alerte sensorielle, le réajustement musculaire, le balayage, la localisation, l'identification et l'évaluation, l'action et la réorganisation (Ogden & al., 2006). Le cycle de cette réponse d'orientation se fait rapidement, simultanément pour certaines

étapes (p. ex., 2, 3, 4) et est habituellement inconscient. Chacune de ces étapes sollicite le corps à sa façon ainsi que les différents processus de traitement de l'information (sensorimoteur, émotif et cognitif). À la présentation de chacune de ces étapes, en plus de la description concernant le fonctionnement courant de cette étape, s'ajouteront les explications concernant les désorganisations corporelles, émotives et cognitives pour chacune des étapes une fois le traumatisme installé. La description des étapes est paraphrasée à partir des travaux d'Ogden et al. (2006) et complétée par ceux de Levine (2008b).

Première étape : l'excitation. La réponse d'orientation est enclenchée suite à une montée d'excitation ressentie en réponse à la perception d'un stimulus par les cinq sens. Cette excitation se traduit par des sensations physiques ou un léger changement dans les rythmes respiratoire et cardiaque et elle peut s'observer à différents niveaux, allant de léger à extrême dépendamment du niveau de curiosité ou d'intérêt que suscite le stimulus. La somesthésie est fortement impliquée pendant cette période.

Chez la personne traumatisée, le cerveau reptilien active en permanence un signal d'alarme. Les symptômes physiques (p. ex., palpitations, respiration coupée ou rapide, etc.), les réactions émotives (p. ex., peur, terreur, etc.) et cognitives (p. ex., je suis en danger) conséquentes à ce signal font en sorte que le niveau d'excitation reste constamment élevé. Il devient très difficile pour la personne de faire la différence entre une excitation induite par l'arrivée d'un stimulus dans l'environnement et celle induite

par les réactions physiques, émotives et cognitives liées à l'état d'alerte. La personne n'arrive plus à faire la différence entre ce qui est vraiment important (ou dangereux) et ce qui ne l'est pas.

Vignette clinique 9 : Incapacité à déterminer l'origine de l'excitation. Depuis son retour de mission, Michel, un ex-militaire, démontre une hypervigilance, une nervosité et une anxiété importantes. Au cours de la fin de semaine, il participe à une fête de quartier avec sa famille. L'activité surprise de fin de soirée est un feu d'artifice. Dès les premières explosions, Michel sursaute de façon exagérée. Malgré les interventions de sa conjointe visant à objectiver la situation, Michel reste désorganisé. Il rapporte avoir eu l'impression de s'être retrouvé en Bosnie lorsqu'il entendait régulièrement sauter les bombes autour du camp.

Dans cette vignette, Michel était déjà en état d'alerte lorsque les feux d'artifice ont commencé. C'est comme s'il était déjà à la recherche d'un élément de dangerosité dans son environnement. Il n'est donc pas arrivé à bien identifier la source d'excitation. Le nouveau stimulus, le feu d'artifice, au lieu d'être identifié et traité comme « non dangereux », a été identifié comme une source de danger. Il est alors dépassé par l'excitation physique ressentie. Par conséquent, il a difficilement conscience que les bruits entendus proviennent du feu d'artifice et non des bombardements dont il a été victime.

Deuxième étape : l'arrêt des activités. Cette étape implique une modification des activités en cours. Ces activités sont temporairement et subitement diminuées ou totalement arrêtées. Si le stimulus est effrayant (p. ex., un bruit tard le soir) ou captivant

(p. ex., quel beau paysage!), toutes les activités sont interrompues en même temps afin d'éliminer toutes les distractions. Sinon, elles seront suffisamment diminuées afin de permettre d'éliminer la majorité des distractions superflues.

Étant constamment en alerte et en hypervigilance, la victime du TSPT arrive difficilement à s'engager dans des activités. Toute son attention est mobilisée à trouver la source du danger anticipé.

Troisième étape : l'état d'alerte sensorielle. Simultanément à l'arrêt des activités, un état d'alerte sensorielle s'installe. Les organes sensoriels, en particulier la vue et l'ouïe, deviennent donc hautement en alerte.

Pendant les états d'arrêt et d'alerte sensorielle, tout mouvement est interrompu, à l'exception de la respiration et du mouvement des yeux, d'une contraction des muscles, d'une élévation du rythme cardiaque et de l'augmentation de l'acuité sensorielle et de la vigilance, jusqu'à ce que le stimulus soit localisé (étape 4), identifié et évalué (étape 5). Dans ces états, les personnes se disent très conscientes de leur environnement, des issues possibles et de leurs impulsions de protection. Dans leur immobilité, elles se sentent énergiques et tendues, prêtes et capables de bouger ou de courir s'il le faut. C'est comme si la source d'intérêt ou de danger était encore à distance et que la personne attend plus d'informations concernant le stimulus en question avant de prendre une action. Si l'intérêt ou le danger augmente, la personne peut mobiliser cette énergie et passer à

l'action. Dans ce type de réponse, même une fois le stimulus écarté, la personne reste avec l'impression qu'elle peut bouger si c'est nécessaire.

Il nous semble important, ici, de tracer un parallèle avec la réponse de figement. Contrairement à ce qui se passe dans la réponse d'orientation, la réponse de figement se caractérise par une sensation d'être paralysé, une incapacité de bouger et de respirer. De plus, dans ce type de figement, une évaluation de dangerosité et une activation du système nerveux sympathique sont faites avant même que le stimulus ne soit localisé (Ogden & al., 2006). Il arrive aussi fréquemment qu'à la suite d'un traumatisme, un stimulus quelconque (suite à un conditionnement classique ou opérant) active la réponse de figement plutôt que la réponse d'orientation appropriée (Levine, 2008b). Une situation et des circonstances tout à fait ordinaires peuvent alors se transformer en un cauchemar de frustration, de colère et d'anxiété (Levine, 2008b). En voici un exemple.

Vignette clinique 10 : Réponse de figement plutôt que réponse d'orientation. Noémie est au salon lorsqu'elle entend le claquement d'une porte fermée avec violence. Paralysée, elle est incapable de bouger. Elle fixe le couloir et craint le pire : « Une personne est entrée dans la maison et je vais encore me faire violer. » Elle reste ainsi figée sur le divan jusqu'à ce que son conjoint lui dise que ce claquement de porte était dû au vent.

Si Noémie avait eu une réponse d'orientation, elle serait allée voir ce qui avait provoqué ce bruit. Comme il a été mentionné précédemment, lorsqu'une réponse d'orientation est déclenchée (excitation, arrêt des activités, etc.), inconsciemment la personne se sent obligée de chercher une explication et de terminer le cycle. Ici, Noémie

a plutôt évalué ce bruit à partir de son expérience traumatisante et l'a identifié comme une source de danger, ce qui l'a figée sur place.

Quatrième étape : le réajustement musculaire. La quatrième étape concerne le réajustement musculaire qui soutient les étapes deux et trois. Une fois la réponse d'orientation enclenchée, la personne aura peut-être besoin de redresser la colonne vertébrale, resserrer le diaphragme, les abdominaux ou le plancher pelvien. Elle tendra peut-être les muscles du cou afin de voir plus loin pour ainsi identifier le stimulus.

Ces réajustements se font par l'intermédiaire de différents mouvements que nous avons vus précédemment. À la suite d'un événement traumatique, cet ajustement musculaire peut être affecté de différentes façons. Tout d'abord, comme déjà mentionné, le corps et la pensée s'influencent l'un l'autre. Partant de ce principe, comme la personne traumatisée se pense en danger, elle risque d'adopter une posture de défense ou de protection. Ses comportements d'hypervigilance augmenteront ainsi ses rythmes cardiaques et respiratoires. À l'inverse, en adoptant cette posture de défense, de protection ou de soumission, cette posture risque fort de maintenir en place la croyance de la personne qu'elle est en danger ou impuissante. Ces mouvements et ces postures répétitifs contribuent au maintien de la pensée et des émotions en créant un positionnement du corps à partir duquel seulement une sélection d'émotions (p. ex., peur, horreur, impuissance) et d'actions (p. ex., défense, soumission, fuite) sont possibles (Ogden & al., 2006).

Le même mouvement fait à répétition en arrive à modeler le corps. Par exemple, une tension musculaire intense et répétitive suite à un mouvement de protection (p. ex., je crispe mes épaules) peut se transformer en un modèle physique qui affecte le corps. Sur une longue période de temps, cette tension chronique peut interférer avec l'alignement naturel du corps et du mouvement, créant des problèmes physiques (le plus souvent au dos, à la nuque, aux bras) (Ogden, & al., 2006). De plus, la chronicité de cette posture a aussi pour effet de chroniciser la pensée de la personne à l'effet qu'elle est en danger.

Vignette clinique 11 : Modelage du corps. Béatrice consulte depuis plusieurs années différents professionnels de la santé pour des douleurs au niveau du plancher pelvien. Elle est, entre autres, incapable d'avoir des relations sexuelles avec son conjoint étant donné que ses muscles pelviens sont trop tendus. Les douleurs provoquées lors de la pénétration sont insupportables. Malgré les interventions médicales, la situation de Béatrice demeure inchangée. Au cours d'une rencontre avec son médecin visant à comprendre la situation, ce dernier pousse un peu plus loin son questionnement. Un peu mal à l'aise, Béatrice finit par parler des agressions sexuelles subies au cours de son enfance de la part d'un membre de sa famille, et ce, pendant une grande partie de son enfance. Béatrice n'avait jamais parlé de cette situation. La mise en place de différentes interventions thérapeutiques (p. ex., physiothérapie, psychologie, médecine, etc.) a permis à Béatrice d'être soulagée de ses douleurs.

Les réactions sensorimotrices vécues par Béatrice au moment des agressions (p. ex., tensions, figement, blocages, peurs, résistance, etc.) se sont cristallisées dans son corps. Il est permis de croire que la résistance imposée, de façon répétitive, à l'agresseur par le

corps (p. ex., contraction musculaire au niveau pelvien) s'est chronicisée et est devenue une source de douleur.

Compte tenu de la mise en place de ce cercle vicieux « posture de défense/sentiment de danger et sentiment de danger/posture de défense », il devient difficile pour la personne de faire la différence entre un ajustement musculaire en réaction à un nouveau stimulus et celui présent suite à l'état d'alerte du traumatisme.

Cinquième étape : le balayage. C'est dans la cinquième étape que l'on retrouve les comportements d'orientation manifestes tels que tourner la tête, le cou ou le corps à la recherche du stimulus. Les mouvements des yeux sont souvent une composante importante de cette partie de la réponse, mais on retrouve aussi les mouvements des pieds, des jambes, du dos et du cou qui, fonctionnant ensemble, tournent le corps vers le stimulus. Cette mobilisation du corps permet à la personne de s'orienter vers le stimulus. En fait, l'utilisation des organes des sens est très importante à cette étape de la réponse d'orientation (p. ex., tourner la tête pour mieux entendre le bruit, sentir l'odeur d'un parfum, etc.).

Toutefois, à la suite d'un traumatisme, les sens peuvent être perturbés. Il arrive que la personne sente des odeurs qui sont reliées au traumatisme (p. ex., parfum, fumée, cadavres, etc.), entende des sons (p. ex., craquement de porte, bruit de pas, respiration dans le cou, etc.) ou voit des images (p. ex., agresseur, arme, etc.). Ces stimuli n'ont pas

de fondement dans le moment présent, ils sont plutôt reliés à l'impact au moment du traumatisme. De plus, les personnes traumatisées ont tendance à porter une grande attention aux stimuli associés au traumatisme. La plupart des choses qui attirent l'attention sont teintées ou organisées en fonction de ce que la personne s'attend à voir (p. ex., son agresseur) ou de ce qu'elle croit (p. ex., je suis en danger). Les personnes traumatisées orientent leur attention vers les réminiscences de leur traumatisme sans prendre conscience que ces stimuli sont en fait des souvenirs de leur passé et non leur réalité actuelle.

Vignette clinique 12 : Attention orientée en fonction du traumatisme. Diane a été attaquée par un renard il y a quelques années. Aujourd'hui, elle se promène dans la forêt et se met soudain à penser qu'il y a probablement des animaux sauvages dans les parages. Elle se dit que s'éloigner du chalet pourrait être dangereux. Tout en continuant sa marche, elle se met à observer autour d'elle. Elle remarque du coup des branches d'arbres cassées et entend différents craquements. Elle devient un peu plus nerveuse et sursaute lorsqu'elle entend le vent dans les branches. Son attention est orientée vers ce qu'elle pense et ressent : la forêt est une source de danger potentiel. Elle décide donc de faire demi-tour.

Plus Diane pense que la forêt est une source de danger, plus elle porte une attention particulière aux éléments venant confirmer sa pensée. En effet, elle n'est plus simplement réceptive aux stimuli qui l'entourent, mais elle est plutôt à la recherche de stimuli qui viennent valider sa pensée. Les personnes traumatisées sont constamment dans ce type de comportement. Elles alimentent et maintiennent ainsi leur traumatisme.

Sixième étape : la localisation. La sixième étape comporte la localisation du stimulus dans l'environnement. Cette localisation permet à la personne de situer la source du stimulus ou du danger (p. ex., si le bruit s'approche ou s'éloigne, s'il est devant ou derrière) par rapport à ses frontières personnelles, assurant ainsi sa sécurité.

À la suite d'un traumatisme, les limites ou frontières personnelles sont brisées (Scaer, 2007). En effet, il arrive que, lors d'un événement traumatique, la personne n'ait pas le temps ou ne puisse pas préciser d'où vient l'agression. Dans d'autres circonstances, il arrive qu'elle ait le temps de localiser la source du danger, mais ne puisse pas s'en protéger. Les éléments du traumatisme font donc une entrée par effraction¹ dans les limites personnelles de l'individu. Une des conséquences possibles pouvant en résulter est une difficulté dans le repérage ou le rétablissement des limites personnelles. Scaer (2007) mentionne que l'apprentissage des limites ou frontières personnelles entre la personne et le reste du monde se fait par l'intermédiaire des sens. Ces limites procurent un sentiment de sécurité chez la personne. La personne traumatisée se sent donc inquiète ou en danger, ne sachant plus où sont ses frontières personnelles. Son comportement risque de se traduire par une recherche constante de la localisation des différents éléments de son environnement par rapport à elle (p. ex., où est l'autre, d'où vient le bruit, il s'avance un peu trop, etc.).

¹ Le terme « effraction » vient du mot latin *effractus* qui signifie briser.

Vignette clinique 13 : Frontières personnelles. Un client qui a subi une agression physique avec lésions corporelles sévères rapporte en psychothérapie qu'il a l'impression d'avoir une bulle de protection immense autour de lui. Il accepte de faire un exercice sur sa perception des frontières. Nous lui demandons de fermer les yeux et de visualiser que nous nous positionnons à une distance sécurisante pour lui. Il dit nous voir à 20-25 pieds devant lui à un angle de 45 degrés vers sa gauche. À cette distance, il ne perçoit aucun symptôme physique. Nous lui proposons de visualiser que nous avançons lentement dans sa direction. Il dit se sentir un peu tendu, mais la situation demeure confortable. Nous lui demandons d'imaginer que nous avançons toujours vers lui. Il dit se sentir de plus en plus tendu et inconfortable, mais comme il nous connaît, dit-il, il ne se sent pas agressé. Il ajoute que si c'était un inconnu, il serait tenté de reculer. Nous lui demandons si c'est possible pour lui de s'imaginer que nous avançons encore. Il dit que c'est très inconfortable et il préfère nous voir un peu plus loin.

À la suite de son agression, ce client est devenu très vulnérable à la présence de personnes autour de lui. Afin de se protéger, il a déplacé ses frontières personnelles à une telle distance que personne ne peut vraiment l'approcher sans qu'il réagisse fortement. Une telle situation peut devenir problématique pour le client qui veut maintenir des relations de proximité avec les personnes intimes.

Par ailleurs, la personne traumatisée peut avoir beaucoup de difficultés à évaluer le contexte du stimulus, soit les éléments qui peuvent être dangereux dans un contexte, mais pas dans un autre.

Vignette clinique 14 : Mauvaise évaluation du contexte. Anthony est un ancien caissier. Il a été victime, il y a deux ans, d'un vol à main armée par un individu cagoulé. Alors qu'il est à prendre son repas avec des amis dans le restaurant d'un relais de motoneige, Anthony est pris de panique lorsqu'il voit entrer un motoneigiste portant une cagoule.

Anthony ne réalise pas que le motoneigiste porte les vêtements adéquats pour le sport qu'il pratique. Il évalue mal le contexte dans lequel il a vu le voleur et celui du motoneigiste, oubliant que ce dernier contexte n'est pas dangereux.

Septième étape : l'identification et l'évaluation. C'est à cette étape que l'identification du stimulus et l'évaluation de celui-ci comme sécuritaire, dangereux ou menaçant pour la vie s'effectue. Cette identification et cette évaluation s'exécutent simultanément. Afin d'identifier le stimulus, une comparaison de cette information avec ses souvenirs implicites et explicites est faite (de façon automatique) pour ensuite pouvoir en faire une évaluation. Cette évaluation se réalise en deux temps. La première partie de l'évaluation est immédiate alors que la deuxième se déroule de façon plus lente. C'est donc ici que les voies thalamique (circuit rapide) et corticale (circuit lent) sont utilisées.

Chez les personnes traumatisées, cette façon de faire devient mal adaptée. D'une part, le fait que ces personnes anticipent le danger vient interrompre la deuxième partie de l'évaluation et ne permet pas de révision. D'autre part, nous avons vu que lorsque l'intensité des réactions émotives et corporelles est grande, elle court-circuite la fonction du néo-cortex. Les personnes traumatisées comparent, inconsciemment, les nouvelles informations avec leurs réminiscences du traumatisme passé (image, croyances, émotions), interprétant ainsi les informations de la réalité présente comme dangereuses.

Vignette clinique 15 : Comparaison des informations avec les réminiscences. Maxime a été agressé à la sortie d'un bar par un groupe d'individus en état d'ébriété. Depuis cet événement, il évite le plus possible les endroits surpeuplés. Dès qu'il croise des personnes qui, en raison de leur proximité, semblent former un groupe d'amis, il devient très nerveux. Il a toujours l'impression qu'il va se faire attaquer de nouveau. Peu importe où il se trouve (p. ex., centre commercial, bureau, sur la rue, etc.), c'est le même sentiment qui revient : « Ces gens vont m'agresser. »

Cette vignette est un bel exemple de la théorie qui vient d'être expliquée. Maxime, qui est encore envahi par les souvenirs (sensorimoteurs, émotifs et cognitifs) de l'événement traumatique, compare instantanément ce qu'il voit avec ses souvenirs et se sent automatiquement en danger. Il est incapable de faire la différence entre la situation actuelle, qui n'est pas dangereuse, et celle de son expérience traumatique.

L'évaluation dépend de la capacité intégrative de la personne à séparer le passé du présent et de son habileté à transformer les excitations en pensées, en ressentis et à leur attribuer une signification appropriée à l'expérience passée et actuelle.

Huitième étape : l'action. Suite à l'évaluation, une action est prise : l'approche (p. ex., je le ramasse, c'est un deux dollars) ou l'éloignement (p. ex., je le laisse par terre, c'est un morceau de métal). À la lumière de ce qui a été dit plus haut, lorsque le stimulus est évalué comme dangereux, le système limbique de la personne induit une réponse de défense : la fuite, le combat ou le figement. Suite à un traumatisme, la personne semble

être restée figée dans le temps, dans le traumatisme. Elle aura donc tendance à répéter la même réaction qu'elle a eue au moment du traumatisme.

Vignette clinique 16 : Répétition de la réaction traumatique. Isabelle est sur le point de prendre une décision importante qui lui tient à cœur. Comme toutes les fois où elle doit prendre une décision importante, elle éprouve de grandes difficultés à rester centrée sur sa tâche et à aller de l'avant. Incapable d'effectuer le choix qui lui permettrait de faire avancer son projet, elle s'organise pour mettre en place toutes sortes d'autres activités (commence un nouveau projet, surcharge son horaire, etc.) ce qui l'empêche de terminer son projet initial. En thérapie, Isabelle réalise que lors d'un événement traumatique de son enfance, elle a pris une décision (se sauver d'un inconnu menaçant) qu'elle croyait adéquate. À son retour à la maison, ses parents l'ont réprimandée sévèrement. Comme il s'agissait d'un voisin connu, les parents ont invalidé les dires de leur fille, la traitant de menteuse et la blâmant pour son malaise. Incapable de réagir et de s'expliquer, Isabelle a été punie à sa chambre. Figée, Isabelle en est venue à douter de sa capacité à prendre des décisions et à poser une action juste. Depuis ce temps, elle n'arrive pas à prendre des décisions qu'elle croit justes. Elle est incapable de faire valoir son point de vue. Elle se met à douter d'elle-même et laisse tomber. Elle se dit; « Je ne suis pas capable, je ne suis bonne à rien. Je suis mieux de ne rien faire. Je vais être dans le trouble si je fais quelque chose. »

Nous pourrions croire qu'Isabelle ne devrait pas être traumatisée étant donné qu'elle a réussi à se sauver du danger. Pourtant, elle est traumatisée. Le traumatisme vient plutôt du manque de soutien de son entourage; soutien qui est important principalement pour les enfants. Isabelle n'était, jusque-là, pas consciente que son traumatisme était en lien avec la réaction de son entourage. Elle travaillait donc à se mettre en action (p. ex., faire beaucoup de projets), alors qu'elle devait travailler le développement de sa confiance à prendre des décisions, en l'occurrence s'affirmer sainement en menant à terme les projets qui lui tiennent à cœur.

Neuvième étape : la réorganisation. Finalement, une réorganisation s'installe. Le système retourne à une homéostasie et dirige son attention vers d'autres stimuli. La personne peut sentir une relaxation musculaire, de légers tremblements, dépendamment du niveau de l'état d'alerte sensorielle, de la mobilisation musculaire ou du niveau d'excitation ressenti.

Chez la personne traumatisée, cette réorganisation ne se fait pas spontanément et parfois, ne se fait pas du tout. À la suite d'un traumatisme, la réponse d'orientation devient perturbée, ce qui maintient une série de symptômes en place (p. ex., hypervigilance, réactions physiologiques, etc.). En bref, le système nerveux de la personne traumatisée reste activé, prêt à répondre à un danger qui n'existe plus. Cette activation (excitation) génère une réponse d'orientation, menant la personne traumatisée à chercher à tout prix, par des comportements d'hypervigilance, une source de danger externe alors qu'elle est la conséquence d'une activation interne. Incapable de trouver dans l'environnement une explication satisfaisante à cette activation, la réponse d'orientation est maintenue de façon anormale, excessive et compulsive et avec elle, les comportements d'hypervigilance (Levine, 2008b). En conséquence, les personnes traumatisées sont sans cesse sur le qui-vive, prêtes à se défendre, mais incapables de le faire (à cause de la réponse de figement). Elles n'arrivent plus à se détendre même dans les moments où elles sont en parfaite sécurité. La personne devient désorientée, ne comprenant pas pourquoi l'expérience interne de danger ne coïncide pas avec l'environnement externe sécuritaire (Rothschild, 2008).

Vignette clinique 17 : Difficulté de réorganisation. Isabelle (vignette 16) est maintenant en thérapie depuis plusieurs mois. Elle a travaillé beaucoup sa difficulté à faire des choix, à les exprimer et à les mener à terme. Elle sait d'où vient le problème. Elle dit : « Je comprends tout ça, je sais pourquoi je suis comme ça, mais je n'arrive pas à changer spontanément ma réaction. Je me fais piéger à tout coup. » Elle réalise, souvent après coup, qu'elle a encore bousillé un projet, une décision, un besoin. Elle ajoute : « C'est comme si quelque chose en dedans de moi m'invalidait sans que je m'en rende compte. »

Isabelle a raison. Elle est consciente d'une partie de son processus cognitif, mais les processus sensorimoteur et émotif s'activent inconsciemment. Sa peur de faire un mauvais choix, de se tromper, d'être invalidée est tellement forte qu'elle répète le même comportement de défense : elle se fige aussitôt qu'elle sent cette « menace » de devoir prendre une décision.

Les informations contenues dans ce chapitre illustrent l'ampleur des empreintes laissées par un événement traumatique : un traitement de l'information désorganisé, des éléments traumatiques (souvenirs, images, sons, etc.) non intégrés, une réponse d'orientation incomplète, etc. Toutes ces empreintes traumatiques maintiennent la personne dans un niveau d'activation très élevé. Afin de diminuer cet état d'excitation qui est difficilement supportable, la personne développe différentes stratégies, des mécanismes de régulation, qui lui permettront de faire baisser cette énergie. Le prochain chapitre présente ces mécanismes de régulation.

Chapitre 3

Les mécanismes de régulation

À la suite d'une situation traumatisante, le système nerveux de la personne peut rester mobilisé au maximum, créant toutes sortes de symptômes tant physiques, émotifs que cognitifs. Dans le présent chapitre, nous expliquerons comment cette énergie résiduelle, si elle n'est pas liquidée, peut affecter la personne. Par la suite, nous verrons les différents mécanismes de régulation : le figement et l'immobilisation, la répétition, l'évitement et la dissociation mis en place par la personne, de façon inconsciente, pour éviter ou diminuer les tensions en lien avec le traumatisme.

L'énergie résiduelle

Lorsqu'une personne est confrontée à un événement traumatique, une énorme quantité d'énergie (activation du système nerveux sympathique, réactions physiques, mobilisation physique, etc.) est emmagasinée au niveau corporel. Si cette énergie n'est pas absorbée, transformée en action (fuite ou combat) et libérée, elle reste prisonnière dans le corps et peut l'affecter de l'intérieur. Levine (2008b) soutient que ce qui provoque les complications traumatiques, c'est justement ce reliquat d'énergie non mobilisé. Afin de mieux comprendre, il est possible de faire le parallèle entre ce que Levine avance et les explications de Janet (1889) et Freud (1921) au sujet du traumatisme psychique. La référence à ces auteurs peut paraître désuète compte tenu de l'époque à laquelle nous référons, mais l'importance que ces auteurs ont eue dans le développement de la compréhension du traumatisme ne peut pas être mise à l'écart.

Leurs notions sont d'ailleurs, encore aujourd'hui, des éléments de référence dans plusieurs approches (Largier, 2008; Lebigot, 2005; Ogden & al., 2006; Rothschild, 2008).

Janet décrit le traumatisme psychique comme le résultat d'un ensemble d'éléments liés à un événement violent qui viennent frapper le psychisme, y pénètrent par effraction, et y demeurent ensuite comme un « corps étranger ». Nous savons qu'au niveau biologique, lorsqu'il y a intrusion dans le système d'un corps étranger (p. ex. : grippe, écharde, etc.), notre système immunitaire se met en alerte et déploie toute une série de mécanismes afin de limiter l'infection. Il tente ensuite d'expulser l'intrus hors de l'organisme afin de retrouver un état normal. C'est le même processus qui se produit suite à l'entrée du corps étranger dans le psychisme. Notre organisme met en place un ensemble de mécanismes afin de limiter les effets du traumatisme.

Freud, quant à lui, compare le psychisme à une vésicule vivante, entourée d'une membrane qu'il nomme « pare-excitation ». Ce pare-excitation est responsable de repousser les excitations nuisibles (p. ex. : stress, danger), qui pourraient frapper l'appareil psychique (Lebigot, 2005; Audet & Katz, 1999) ou les filtrer en les atténuant afin de les rendre acceptables et assimilables (Crocq, 2007). En situation de stress, les excitations extérieures pressent le pare-excitation, déforment son volume et perturbent le fonctionnement psychique. La peur associée à cette pression extérieure entraîne l'augmentation des défenses. À la disparition du stress, l'appareil psychique, retrouve

progressivement sa forme et son activité (Largier, 2008; Lebigot, 2005). Dans le cas du traumatisme psychique, les éléments de surprise et d'imprévisibilité sont fondamentaux. En effet, le traumatisme survient lorsque la personne n'a pas le temps de mettre en place son système de défense. La charge positive à la surface du pare-excitation reste faible, ce qui permet à l'image qui véhicule la menace vitale (p. ex. : image de l'accident, de l'agresseur, des tortures, de la mort, des sensations, etc.) de pénétrer à l'intérieur de l'appareil psychique et de s'y incruster (Lebigot, 1997a, 1997b, 2005). Le traumatisme issu de l'événement externe vient donc faire une blessure à l'intérieur de la psyché. C'est également ce qui se passe pour la personne au niveau corporel. N'ayant pas le temps de se préparer contre le choc traumatique, la personne est, par l'intermédiaire de ses sens, frappée par celui-ci dans son corps. L'énergie emmagasinée suite à ce choc, lorsque non liquidée par la fuite ou le combat, reste bloquée dans le corps, formant ainsi un « corps étranger » qui vient affecter le psychisme. L'organisme utilise par la suite tous les moyens à sa disposition (physiologiques, comportementaux, émotionnels ou mentaux) pour contrôler cette énergie excessive, le coût en étant le développement de mécanismes de régulation et des symptômes qui y sont associés (Levine, 2008 b). Ces mécanismes de régulation donnent à la personne les moyens de maintenir l'excitation ou l'énergie à un niveau un peu plus supportable.

Les sections suivantes présentent chacun des mécanismes de régulations : le figement ou l'immobilité, la répétition, l'évitement et la dissociation.

Le figement ou l'immobilisation

Tel que mentionné au chapitre deux, la mise en place de ce mécanisme semble avoir deux objectifs : la stratégie de dernière chance et l'analgésie ou l'engourdissement du corps et de l'esprit.

Nous avons fait mention que, lorsque la personne ne peut ni combattre ni fuir, elle se fige ou s'immobilise. Selon Levine (2008b), la réponse de combat qui n'a pu être exprimée se transforme en sentiment de rage, et la réponse de fuite non exprimée en sentiment d'impuissance. La personne qui reste avec cet état de rage ou d'impuissance conserve la possibilité, une fois sortie du figement, de contre-attaquer ou de fuir. C'est la stratégie de la dernière chance. Si elle arrive de cette façon à libérer l'énergie bloquée et à sortir de la situation menaçante, elle ne devrait pas développer de traumatisme. Par contre, Levine ajoute que si le figement persiste jusqu'à ce que la rage et l'impuissance atteignent un niveau d'activation qui dépasse les capacités d'adaptation du système nerveux, la personne va se figer complètement et l'énergie bloquée dans le système nerveux, au lieu de se libérer, va se lier aux états émotionnels de rage et d'impuissance et les accentuer. Un travail thérapeutique sera alors nécessaire afin d'aider la personne à libérer cette énergie, tout en étant attentif de ne pas la submerger dans les états émotionnels qui y sont reliés.

Levine (2008b) soutient que l'état dans lequel la personne sortira du figement sera le même que celui dans lequel elle était lorsqu'elle y est entrée, c'est-à-dire que si la

personne est sous l'emprise de la terreur au moment d'entrer dans la réaction de figement, elle en sortira dans le même état. Il donne l'exemple de femmes ayant subi des sévices particulièrement sévères de la part de leur conjoint. Lorsque, des années plus tard, elles sortent du figement, ces dernières peuvent tuer leur conjoint (réponse de combat non exprimée transformée en rage). Selon son hypothèse, la réaction de ces femmes pourrait être déclenchée, en partie, biologiquement et serait non préméditée contrairement à ce qu'on pourrait facilement croire. Cet exemple illustre bien l'importance du travail thérapeutique à effectuer avec les personnes traumatisées. Il permet, entre autres, une saine transition entre le figement et la libération de l'énergie résiduelle.

Le second objectif du figement ou de l'immobilisation est l'analgésie ou l'engourdissement du corps et de l'esprit. Ce mécanisme de régulation permet à la personne de supporter l'insupportable. Toutefois, cet effet apaisant fait en sorte qu'il est difficile de sortir de la réponse de figement (Levine, 2008b). La montée d'émotion agressive (p. ex. : peur, impuissance, rage, terreur, etc.) est si effrayante que la personne, par crainte de vivre ces émotions, la violence vis-à-vis de soi et d'autrui ou d'être complètement débordé par l'énergie libérée lors de la mobilisation, va maintenir inconsciemment le figement en place, ce qui provoque toute une série de symptômes post-traumatiques (Levine, 2008b). Tant que la personne ne transforme pas la réponse de figement et qu'elle ne mobilise pas l'énergie résiduelle bloquée dans son corps, elle reste enfermée dans le traumatisme et continue à vivre dans la détresse (Levine, 2008b).

Vignette clinique 18 : Figement qui persiste dans le temps. Nathalie a été victime de maltraitance extrême de la part de ses parents pendant son enfance. Incapable de fuir les sévices, elle s'est figée dans l'impuissance. Une fois adulte, elle se retrouve en relation avec des conjoints qui ont une attitude semblable à celle de ses parents. Comme Nathalie se sent impuissante, elle reste dans ces situations.

Le jour où Nathalie arrivera à prendre conscience de son état de figement et de l'impuissance qui y est rattachée, à ressentir toute l'énergie associée à cet état et, par la suite, à mobiliser cette énergie afin de compléter l'action interrompue (la fuite), il y a de fortes chances qu'elle réussisse à quitter ses relations malsaines. Ce faisant, elle changera son mode relationnel et n'acceptera plus d'être maltraitée. C'est la mobilisation de l'énergie qui sortira Nathalie du figement.

Lorsqu'il est question de maltraitance ou de négligence subies tôt dans la vie, l'enfant n'a pas d'autre choix que de répondre par le figement. Étant en situation d'infériorité, il n'a pas la force de combattre ni le pouvoir de fuir. Il se retrouve, tout comme Nathalie, impuissant, paralysé par la peur devant son parent agresseur. Selon Rothschild (2008), certains besoins de ces personnes ressemblent beaucoup à ceux du Type IIB(nR). Entre autres, ils auront à développer les ressources d'adaptation et de résilience à travers la relation thérapeutique. Cet aspect sera repris au chapitre quatre, dans la section portant sur le lien thérapeutique.

La répétition

Tel que mentionné précédemment, suite à la désorganisation des processus sensorimoteur, émotif et cognitif, la personne atteinte d'un TSPT n'arrive pas à intégrer l'événement. Elle se retrouve alors figée dans le temps, incapable d'assimiler les éléments du traumatisme, de les inscrire dans son histoire de vie et de poursuivre son évolution. Elle reste envahie par une grande quantité d'énergie résiduelle. Afin de diminuer cette énergie, elle va tenter, inconsciemment, de résoudre le traumatisme en le remettant en action à travers de nouvelles situations afin de pouvoir l'assimiler (Audet & Katz, 1999; Levine, 2008b). C'est ce qu'on appelle le processus de répétition. Cette remise en action prend différentes formes : rêves, flashback, pensées intrusives, symptômes physiques. Elle peut aussi prendre la forme de schémas comportementaux complexes (Levine, 2008b), comme par exemple, une personne, prisonnière d'un camp de concentration, qui a été privée de nourriture, et qui fait compulsivement, de nombreuses années plus tard, d'énormes réserves de nourriture. Traumatisée, la personne n'intègre pas l'événement. Son comportement, développé au moment du traumatisme, ne peut donc pas être intégré à son tour et situé dans une ligne de temps. Il est alors constamment rejoué en boucle.

Lorsqu'un individu doit réagir à un danger ou à une menace, il arrive que quelques-unes des actions qui constituent une réponse adaptative puissent être inefficaces, interrompues ou incomplètes. Quand cela se produit, chacune des parties de cette réponse qui n'a pu être réalisée ou complétée a tendance à persister de façon altérée et

exagérée, longtemps après que le danger soit passé (Ogden et al., 2006). Dans la section précédente, nous avons expliqué que la personne qui sort du figement le fait dans le même état que lorsqu'elle y est entrée. Dans le processus de répétition, les actions entreprises au moment de l'événement traumatique et qui se sont vues être inefficaces, interrompues ou incomplètes vont être remises en acte. Si l'événement traumatique requérait une stratégie d'échappée active, les remises en acte s'effectueront alors dans un registre de comportements de fuite (Levine, 2008b).

Il arrive que des personnes traumatisées se réexposent de façon compulsive à des situations pouvant ressembler à leur traumatisme (van der Kolk & McFarlane, 2007). Dans cette réexposition, les personnes jouent à la fois le rôle de victime et d'agresseur. Par exemple, elles peuvent adopter des comportements pour faire payer l'autre (p. ex. : abuser l'autre alors qu'ils ont été abusés), pour s'autodétruire (p. ex. : mutilation, tentative de suicide, dépendance à alcool ou aux drogues, dépréciation, dévalorisation, perfectionnisme, etc.) ou pour se revictimiser (p. ex. : la jeune fille victime d'agressions sexuelles qui, une fois adulte, se prostitue). Il importe donc de porter une attention particulière à ce type de comportements.

Vignette clinique 19 : Répétition d'un mouvement inefficace. Yannick en est à sa quatrième arrestation pour voie de fait ce mois-ci. La nuit passée, les policiers l'ont incarcéré parce qu'il s'est battu. En rencontre thérapeutique, Yannick dit : « Le gars m'a regardé. Il me provoquait. » Il ajoute qu'il se sent constamment en colère et prêt à se battre pour se défendre, pour ne pas se laisser intimider. Depuis son retour de l'Amérique centrale, où il a été pris en

otage vingt jours par des membres de la guérilla et où il a subi des sévices de toutes sortes, Yannick n'est plus le même.

Dans cette vignette, on peut voir qu'au moment de la prise d'otage, Yannick n'a pu compléter son envie de se défendre. Au niveau corporel, le mouvement de défense (attaquer l'autre) est resté en latence, attendant d'être complété. N'ayant pu gérer l'information ou la charge d'énergie adéquatement lors de l'événement initial, Yannick risque, à son retour chez lui, de se remettre, inconsciemment, dans des situations qui demande une réponse de combat afin de pouvoir compléter cette réponse. Le lien entre les caractéristiques de la remise en acte et le traumatisme originel peut être évident, aux yeux d'un observateur, mais pas à ceux de la personne traumatisée (Levine, 2008a). Cette dernière n'est pas pleinement consciente de ce qui la pousse et la motive à agir et cette absence de conscience du processus en cours joue un rôle dans la persistance de ces répétitions (Levine, 2008b). Si Yannick n'arrive pas à prendre conscience de ses remises en action, à mobiliser adéquatement l'énergie et à inscrire cette action dans la ligne de temps (cet élan de défense appartient à l'événement traumatique passé et non au moment présent), il les répètera sans cesse.

Même s'il arrive assez fréquemment que nous puissions faire le lien entre la remise en acte et la situation originelle, ce dernier n'est pas toujours évident. Nous avons vu, dans la section concernant le conditionnement classique et opérant, qu'une personne traumatisée peut associer l'événement traumatique à une quelconque situation et répéter cette dernière situation au lieu de celle qui a causé le traumatisme. Par exemple, à la

suite d'une situation traumatique dans laquelle une personne a essayé de porter secours à une autre sans succès (décès de la personne), cette personne pourrait vivre, inconsciemment, de la culpabilité pour « ne pas en avoir fait assez ». L'association est alors faite avec « ne pas en avoir fait assez » et non avec « la mort d'une personne ». Dans ses remises en acte, elle pourrait créer des situations dans lesquelles elle s'exige de performer, de ne se laisser aucun répit, de « faire beaucoup » pour les autres.

Certaines personnes tentent de contrôler l'énergie résiduelle en l'intériorisant et en la retournant contre elle-même (acting-in) par exemple, par la dévalorisation ou la dépression. Bien que cette façon de procéder soit plus socialement acceptable qu'un acting-out (p. ex. : bagarres, chicanes, tentatives de suicide, etc.), elle n'est pas moins violente (Levine, 2008b). Sans décharge, sans achèvement, la personne est condamnée à répéter le cycle tragique de la remise en acte violente, que ce soit par acting-in ou acting-out. Tant que la personne évite d'explorer ces remises en acte et de les utiliser pour résoudre le traumatisme (p. ex. : analyser ses rêves, mettre un mouvement en action) elle n'assimilera pas les éléments du traumatisme (Levine, 2008b).

L'évitement

L'évitement se caractérise par la mise en place ou l'omission d'une action, consciemment ou inconsciemment, afin d'éviter une menace. Dans un contexte de TSPT, lorsque la personne tente de raconter l'événement traumatisant qu'elle a vécu, les émotions associées à cette remise en contexte peuvent déclencher toutes sortes de

sensations physiques (p. ex. : fréquence cardiaque, respiration, sueurs froides, tensions musculaires, engourdissements, mouvements involontaires, etc.) ou mentales (p. ex. : augmentation du rythme de la pensée, pensées fuyantes, préoccupations, etc.). D'un autre côté, la présence de sensations physiques intenses, causée par le maintien en alerte du système nerveux, peut entretenir ou raviver des sentiments comme la peur, la terreur, la rage, l'impuissance, etc., vécus au moment du traumatisme (Ogden & al., 2006). Afin de ne pas vivre ces activations physiques, émotives et cognitives, la personne traumatisée risque de développer une série de comportements d'évitement qui peuvent prendre différentes formes : distraction, dénégaration, intoxication, prise de risque excessif, entraînement physique intense, etc.

Vignette clinique 20 : Évitement du contexte traumatique. Camille fait part au thérapeute qu'elle se sent mieux depuis un certain temps. Elle dit : « Je n'ai plus peur comme avant sur la route. Je suis moins anxieuse. » Après exploration, nous constatons que, lorsque Camille doit prendre la route, elle le fait dans des moments où il y a peu de circulation. Elle évite les grandes artères et fait des détours pour éviter les intersections. Sa vitesse est largement en dessous de la vitesse permise. De plus, Camille s'organise souvent pour faire ses courses avec d'autres personnes, évitant ainsi de conduire elle-même.

Le fait d'éviter le plus possible les contextes pouvant ramener les pensées, les émotions et les sensations associés au traumatisme aide Camille à gérer l'énergie qui, autrement, tenterait de se libérer. Vivant moins les inconforts occasionnés par la montée d'énergie, Camille en vient à penser qu'elle va mieux alors que ses symptômes sont simplement diminués par ses évitements.

Les comportements d'évitement tel que les acting-out (p. ex. : bagarres, automutilation, décisions impulsives, etc.) sont une façon pour l'organisme d'éviter les émotions et les sensations intolérables qui accompagnaient l'événement originel, qui n'ont pas été liquidées au moment du traumatisme et qui sont maintenant dirigées vers un autre objet. De plus, ces acting-out constituent une façon de laisser échapper l'excès d'énergie généré par le cycle d'activation. Des substances proches des effets de l'adrénaline (active le système nerveux en réponse à un état de stress ou en vue d'une activité physique) et des endorphines (fournissent une sensation de bien-être) sont ainsi libérées dans le corps (Levine, 2008b), permettant la diminution du niveau d'excitation. Soulignons toutefois que ces comportements d'évitement n'offrent qu'un soulagement temporaire. Par contre, si la personne, aidée par le thérapeute, s'autorise à accueillir, de façon sécuritaire, ses pensées, ses émotions et ses sensations plutôt que de les éviter, elle réalisera que celles-ci culmineront, puis commenceront à diminuer pour enfin se résorber. C'est ce qui permettra l'intégration du traumatisme (Levine, 2008b).

La dissociation

Afin de bien expliquer la dissociation associée à un traumatisme, nous avons retenu la définition de trois auteurs différents : Brown (2006), Janet (1889) et Levine (2010).

Selon Brown, il existe deux types de dissociation : le détachement et la compartimentalisation. Le détachement, qui est en fait une altération de la conscience, se caractérise par le désintéressement de la personne quant aux aspects de la vie de tous les

jours. Ce détachement peut s'exprimer de différentes façons : modulation des émotions (p. ex. : dysfonction ou absence d'émotions), expériences de dépersonnalisation (p. ex. : sensation d'être déconnecté, dans un rêve ou dans l'irréel) ou de déréalisation (p. ex. : impression de regarder son corps de l'extérieur ou de percevoir l'environnement comme inhabituel). Les victimes peuvent avoir l'impression d'être brisées de l'intérieur, de se sentir morcelées et incapables de reconnaître la personne qu'elles étaient avant l'événement. Elles se disent coupées de certaines parties d'elles-mêmes, incapables de ressentir les émotions, les sensations, les sentiments autrefois accessibles. La compartimentalisation fait, quant à elle, référence à la coupure de la conscience de certains éléments (p. ex. : sensations physiques, images, émotions) liés au traumatisme. Débordées par l'énergie résiduelle non libérée de ces éléments et incapables de les intégrer, les personnes, afin de se protéger, vont inconsciemment se dissocier de ces mêmes éléments. Ces derniers sont donc retirés du champ de la conscience, mais demeurent tout aussi actifs et dérangeants pour la personne.

Janet (1889) mentionne que le « corps étranger », abordé dans la section portant sur l'énergie résiduelle, provoque une dissociation de la conscience. Le corps étranger, c'est-à-dire le souvenir brut de l'événement (p. ex. : sensations physiques, images, émotions, etc.), étant trop intense, est enregistré comme souvenir implicite, ignoré de la conscience de la personne. Ainsi placé dans la partie inconsciente, ce corps étranger, par des remises en acte visant à libérer sa charge d'énergie, provoque des symptômes psychiques ou psychomoteurs automatiques, involontaires et inadaptés tels que des

flashbacks, des rêves, des pensées intrusives et des symptômes physiques alors que la partie consciente non affectée par le traumatisme continue de fonctionner normalement avec ses représentations, ses pensées et ses actions adaptées. La personne se retrouve avec une division de sa psyché : une partie d'elle se dissocie des aspects corporels, émotifs et cognitifs afin d'éviter tout ce qui est en lien avec l'événement traumatisant alors qu'une autre partie d'elle, consciente, est envahie et subit les souvenirs, flashbacks et rêves qui émergent de la partie inconsciente et qui surviennent de façon intrusive. (Ogden & al., 2006; Ponseti-Gaillochon & al., 2009)

Levine (2010) propose, quant à lui, un autre modèle de dissociation. Selon cet auteur, toute expérience se compose de cinq éléments qui forment l'acronyme SIBAM : *Sensation* (Sensation), *Image* (Image ou Impression), *Behavior* (Action), *Affect* (Sentiment) et *Meaning* (Signification). Le souvenir complet d'une expérience ramène chacune de ces composantes de façon intégrée. Toutefois, lors d'une expérience traumatique, Levine soutient que certains éléments de l'expérience peuvent être dissociés. Cette dissociation peut apparaître sous différentes formes puisque diverses combinaisons d'éléments sont possibles (Rothschild, 2008). Une personne peut donc ressentir des tensions (sensation) et la peur (sentiment) faisant suite à un événement traumatique, mais n'avoir aucun souvenir du visage (image) de l'agresseur.

Vignette clinique 21 : Dissociation d'une partie de l'événement. Maryse a été victime de viol, il y a plusieurs années. Elle se souvient très vaguement de l'événement. Au fil des rencontres en psychothérapie, elle réalise qu'elle réagit exagérément à certaines odeurs (parfum

d'homme, sueur, haleine d'alcool). Elle n'arrive pas à comprendre ce qui lui arrive. La semaine dernière, alors qu'elle traversait l'allée des parfums dans un magasin à grande surface, elle a paniqué et arrivait difficilement à respirer. De plus, elle rapporte une obsession pour la propreté corporelle.

Maryse est en contact avec les parties Sensation et Sentiment du modèle de Levine, mais complètement dissociée des autres éléments de son expérience. Elle panique devant certaines odeurs, mais n'arrive pas à leur donner une signification.

Comme nous pouvons le constater, la dissociation permet d'endurer des expériences qui vont au-delà du supportable. Elle permet de déconnecter de l'expérience globale l'énergie non déchargée. Toutefois, ce faisant, elle interrompt la continuité de la conscience et empêche la personne traumatisée de travailler efficacement à la résolution de ses symptômes traumatiques. Dans le processus thérapeutique, il ne faut pas ignorer la dissociation, mais plutôt augmenter la conscience que la personne peut en avoir. Pour Levine (2008b), cette double conscience, c'est-à-dire être conscient de sa dissociation, est importante dans le processus de guérison.

Tous les mécanismes de régulation que nous venons de voir sont des moyens que la personne traumatisée met en place, bien inconsciemment, afin de poursuivre son évolution. Ces moyens, bien qu'ayant l'apparence d'être aidants, maintiennent la personne, à long terme, dans son traumatisme. Il est donc nécessaire d'intervenir auprès de ces individus traumatisés. Le prochain chapitre porte donc sur l'intervention.

Chapitre 4

Les interventions

Dans le présent chapitre, nous abordons la thématique des interventions auprès des personnes traumatisées. Les premières sections de ce chapitre réitèrent les notions concernant le lien thérapeutique et l'importance d'une évaluation rigoureuse. La section suivante précise les notions de l'intervention thérapeutique au niveau corporel. Dans la dernière section, nous présentons une forme d'intervention inspirée du traitement thérapeutique sensorimoteur proposé par Ogden et al. (2006).

Le lien thérapeutique

Les études ont montré que le lien thérapeutique est l'un des plus puissants facteurs influençant le rétablissement d'un patient (Rothschild, 2003, 2008). Cette donnée est d'autant plus importante dans un contexte où la personne a été traumatisée. En effet, l'événement traumatique laisse des traces insidieuses chez la personne qui le subit. L'individu devenu vulnérable ne se reconnaît plus, il a perdu toute confiance en lui-même, dans son environnement et dans les autres; il ne s'aime plus ou plutôt il n'aime pas l'image qu'il garde de lui et des autres; image imprégnée au moment de la scène traumatique (Ponseti-Gaillochon & al., 2009). Selon le type de traumatisme (p. ex. : agression, viol, torture, etc.), certaines personnes ont été blessées dans leur relation avec les autres et, paradoxalement, c'est aussi dans la relation que la guérison des blessures s'effectuera. La psychothérapie devient alors ce lieu dans lequel les anciens modèles relationnels, souvent teintés de méfiance et d'abus, peuvent être modifiés (Kinsler,

Courtois, Frankel, 2009). Dans ce contexte, Rothschild (2008, 2003) souligne que le traitement du traumatisme ne devrait jamais débiter sans que le lien thérapeutique entre le client et le thérapeute soit solide. Cette condition est primordiale compte tenu des blessures profondes qu'a parfois subies la personne au niveau de la violation (réelle ou subjective) de ses frontières personnelles.

L'attitude et le comportement du thérapeute ont donc une influence importante sur le développement de ce lien thérapeutique et par conséquent, sur le développement du sentiment de sécurité du client. Kinsler et al. (2009) expliquent le genre d'attitude souhaitée chez le thérapeute. Par exemple, le thérapeute ne doit pas tenir pour acquise la confiance que le client peut lui accorder, mais plutôt favoriser son développement. Au fil du temps, les personnes traumatisées arrivent, peu à peu, à s'investir dans le lien thérapeutique, mais cet investissement est facilement révocable. Une parole, un geste de la part du thérapeute peuvent être interprétés de façon erronée par la personne, brisant le lien. Ce lien est donc constamment à observer, à peaufiner et à préserver. Pour ce faire, le thérapeute adopte une attitude de bienveillance (p. ex. : empathique, calme, chaleureuse, intéressée, etc.), de non-jugement (p. ex. : concernant les choix, les actions, les comportements du client) et d'humilité (p. ex. : reconnaître ses erreurs, ses imperfections, oser nommer ses peines et ses regrets et savoir réparer les dommages dans la relation thérapeutique lorsque cela s'applique). Il est consistant dans ses interventions (p. ex. : le respect du temps de la séance, la ponctualité, la disponibilité entre les rencontres, etc.) et a développé une conscience de soi (p. ex. : être attentif à ses

propres états émotifs, ses réactions de contre-transfert et est capable d'en faire part au client lorsque c'est approprié de le faire) et un professionnalisme (p. ex. : confidentialité, une bonne connaissance de la théorie et de la pratique et un cadre thérapeutique clair) (Kinsler & al., 2009). Le développement de ces attitudes et comportements peut être exigeant pour le thérapeute, car il demande que ce dernier investisse aussi dans un cheminement personnel. L'intervenant qui n'est pas disposé à faire ce travail d'introspection et de remise en question risque, un jour ou l'autre, d'être confronté à ses propres limites et, par conséquent, à être moins efficace dans ses interventions.

Pour certaines personnes traumatisées, développer un sentiment de sécurité dans la relation thérapeutique peut prendre beaucoup de temps (Rothschild, 2008). Le thérapeute peut donc s'attendre quelquefois et parfois même tout au long de la thérapie, à mettre de côté ses techniques. Même s'il possède une foule d'outils d'intervention, il y a des moments où la meilleure intervention à offrir au client est encore lui-même, à travers son écoute et son contact humain (Rothschild, 2003). D'un autre côté, il y a la pression sociale de temps concernant le rétablissement des victimes. Selon Levine (2008b), la société manque de tolérance vis-à-vis de la vulnérabilité émotionnelle des personnes traumatisées. Cette société demande aux personnes de récupérer au plus vite. Les délais accordés pour récupérer sont souvent trop courts. Les assureurs, employeurs, mais aussi l'entourage, la famille mettent une certaine pression sur la victime. Cet empressement pour la guérison, s'il est absorbé par le thérapeute, risque d'exposer trop rapidement la personne traumatisée à une phase du traitement ne lui convenant pas;

provoquant une régression ou un figement dans son état. C'est donc au thérapeute de gérer cette pression de temps afin de répondre aux exigences, mais surtout de protéger son client. Cette attitude de la part du thérapeute ne peut que favoriser le lien thérapeutique et, par conséquent, la guérison du client.

L'évaluation

Comme dans toute forme de psychothérapie, le travail thérapeutique auprès d'une personne traumatisée commence par une évaluation exhaustive de la situation. Le thérapeute peut alors déterminer la nature de l'événement traumatisant, les critères diagnostics, les effets traumatiques produits au niveau corporel, émotif et cognitif ainsi que le type de victime auprès duquel il doit intervenir. Ces informations lui permettent d'ajuster sa compréhension et ses interventions et ainsi proposer un plan d'intervention adapté à son client. L'anamnèse et la passation de tests psychométriques, outils importants de l'évaluation, permettent de recueillir ces informations. Les prochaines sections présentent chacun de ces outils.

L'anamnèse

L'anamnèse est la cueillette de données qui permet de mieux comprendre l'histoire passée (p. ex. : développement ou non d'un attachement sécurisant, lien avec les proches, histoire d'abus, de violence ou de négligence, présence d'autres événements traumatisants, etc.) et actuelle (p. ex. : médication, suivis médicaux, liens familiaux et amicaux, etc.) de la personne. Cette anamnèse permet aussi d'identifier les ressources

internes et externes du client afin de les consolider, identifier celles qui sont manquantes ou insuffisantes et surtout retenir celles qui sont aidantes (Rothschild, 2003).

Ces ressources internes et externes prennent différentes formes. On retrouve d'abord les ressources psychologiques du client : son intelligence, ses mécanismes de défense, son sens de l'humour, sa curiosité, sa créativité, etc.? Nous référons aussi aux ressources physiques : a-t-il des incapacités physiques, des limitations? A-t-il des problèmes de coordination, de force, de santé? Les ressources fonctionnelles seront aussi évaluées : se sent-il en sécurité à la maison? A-t-il l'argent nécessaire pour payer sa nourriture, sa médication, son essence, ses séances, etc.? Peut-il trouver un transport? Enfin, les ressources sociales et interpersonnelles sont aussi à explorer : a-t-il une famille, des amis, des animaux qui le supportent? A-t-il eu, au cours de sa vie, des personnes significatives? (Ogden & al., 2006; Rothschild, 2003). Si le client manque de l'une ou de plusieurs de ces ressources, il est difficile pour lui de se sentir en sécurité et de s'investir totalement dans une thérapie. Par exemple, il est primordial de sortir de son milieu une victime de violence physique et de la mettre en sécurité avant d'entreprendre un travail thérapeutique. Il est alors préférable de développer les ressources fonctionnelles du client pour que, par la suite, ce dernier puisse les utiliser afin d'améliorer son sentiment de sécurité.

Avec les informations recueillies dans l'anamnèse, le thérapeute est en mesure de mieux comprendre l'histoire du client et d'en tenir compte dans son plan de traitement.

L'évaluation psychométrique

Il existe une multitude de réponses possibles conséquemment à un traumatisme. Pour un même événement, ces réponses peuvent varier considérablement d'une personne à l'autre. Il est alors nécessaire d'évaluer les réponses individuelles par la passation de tests psychométriques. Qu'ils soient écrits ou oraux, ces tests peuvent évaluer, selon le besoin, le stress post-traumatique, les distorsions cognitives, la dissociation, les comportements dysfonctionnels et la personnalité. À cela s'ajoutent, en cours de traitement, tous autres tests pertinents évaluant la dépression, le risque suicidaire, l'abus de substances, etc. Ces instruments permettent de mieux documenter les multiples facettes du traumatisme. Compte tenu des impacts traumatiques au niveau corporel, il peut être bénéfique de faire une évaluation des aspects physiques. Le thérapeute peut, par exemple, demander au client de faire l'inventaire des réactions ou sensations physiques vécues par ce dernier (p. ex. : tensions, douleurs, inconforts, maladies, tremblements, nausées, etc.) (Donnini, 2007) ou de faire le marquage sur une planche anatomique des endroits où il vit des inconforts physiques (Ford, 2002).

Cette évaluation psychométrique est fort utile pour le thérapeute. Elle lui donne des informations complémentaires et vient confirmer, ou infirmer, ses hypothèses ce qui lui permet d'ajuster ses interventions. Il n'est pas rare d'entendre dire de la part des clients que les résultats de cette évaluation sont pour eux un soulagement (p. ex. : je ne suis pas fou), mais aussi la concrétisation de leur état (p. ex. : c'est bien vrai! J'ai bien vécu ça! Ce n'est pas juste dans ma tête.). Cette évaluation donne donc au tandem, thérapeute et

client, une image de départ de l'état du client à partir de laquelle peut débiter le traitement.

Le travail effectué au niveau corporel

Les fondements du travail sensorimoteur auprès des personnes traumatisées sont présentés à partir du travail d'Ogden et al. (2006). Rappelons que, dans ce contexte, le but ultime du travail thérapeutique avec les personnes traumatisées est d'augmenter leur capacité d'intégration en les aidant à développer leur habileté à passer d'un niveau d'expérience (sensorimoteur, émotif ou cognitif) à un autre et ainsi unifier les parties physiques, émotives et mentales de l'événement traumatique (Ogden & al., 2006). Pour ce faire, différentes techniques cognitives, psychodynamiques et somatiques sont combinées. Ces interventions sont mises en place pour aider la personne à mieux comprendre l'interaction entre les différents niveaux de traitement de l'information, soit le niveau sensorimoteur, le niveau émotif et le niveau cognitif, mais aussi à les intégrer (Ogden & al., 2006).

Étant donné qu'un des intérêts du présent essai est de démontrer la nécessité d'intégrer le niveau corporel dans le traitement du traumatisme, nous présentons, dans un premier temps, une façon d'intervenir au niveau du processus sensorimoteur. Les prochaines sous-sections portent une attention particulière aux connaissances et aux habiletés que l'on retrouve chez le thérapeute qui intervient au niveau du processus sensorimoteur.

La lecture du corps

Le thérapeute est habituellement formé à être attentif aux émotions et aux cognitions de la personne qui consulte et à lui refléter ses observations afin de permettre à la personne de comprendre ce qui se passe pour elle. Lorsqu'il intervient au niveau du processus sensorimoteur, en plus d'être attentif aux émotions et cognitions, le thérapeute relève les messages en provenance du corps (Largier, 2008). Ogden et al. (2006) mentionnent que les deux façons de porter attention à ces messages sont de « traquer » et de « lire les informations corporelles ». Traquer fait référence à la capacité d'observer attentivement et scrupuleusement, dans l'ici et maintenant, tous les signes en provenance du corps du client. Que ce soit les signes physiques d'une émotion (p. ex. : les yeux humides, le ton de la voix, l'apparition d'un tic, etc.) ou comment une fausse croyance affecte le corps (p. ex. : « Je suis en danger » se manifeste par des épaules remontées, un corps tendu et des yeux grands ouverts). Ces changements corporels peuvent être discrets comme le changement de couleur de la peau, la dilatation des pupilles, une baisse de pression ou des tremblements; ou plus prononcés comme l'effondrement de la colonne vertébrale, le cou penché ou une réaction de protection avec le bras. Qu'ils soient discrets ou prononcés, ces changements sont d'autant plus importants s'ils correspondent à une émotion, une pensée ou un récit (Ogden, & al., 2006).

Lire les informations du corps suppose que le thérapeute puisse observer les réactions physiques persistantes, par exemple une tension continue dans les épaules. Cette lecture du corps permet d'être conscient des structures physiques chroniques, des

mouvements ou des postures que la personne a mises en place et qui sont en lien avec le maintien de croyances et d'émotions (Ogden & al. 2006). Par exemple, un regard posé au sol de façon continuelle peut correspondre à la croyance « Je suis incapable » et à un sentiment d'impuissance.

Cette lecture corporelle, émotive et cognitive permet, ensuite, au thérapeute de refléter ses observations au client.

Le reflet des réactions sensorimotrices

Lorsque le thérapeute intervient au niveau corporel, en plus d'être attentif aux aspects émotifs et cognitifs vécus par le client au moment où il raconte son histoire, il est attentif aux réactions sensorimotrices qui surviennent pendant le récit afin de les refléter au client; et ce dans un but diagnostique d'abord et ensuite dans un but d'intervention. Plus le thérapeute identifie les réactions physiques du client et les lui reflète, plus le client développe un intérêt, lui aussi, pour ses sensations physiques (Ogden & al., 2006). Apprendre à apprivoiser et maîtriser plutôt qu'éviter ses états physiques est important dans un processus de guérison (Courtois, Ford & Cloitre, 2009). Cette attitude permet au client, entre autres, d'être de plus en plus confiant dans sa capacité à gérer ses excitations (p. ex. : montées d'anxiété, réactions physiologiques, etc.) lorsque vient le moment d'aborder les éléments traumatiques.

Comme il est plus important de comprendre comment le client organise son expérience présente que pourquoi il l'organise ainsi, le thérapeute reste attentif à ne pas interpréter ou ne pas donner un sens aux réactions physiques qu'il observe (Gendlin, 2006; Ogden & al., 2006). Il porte son attention sur les éléments sensorimoteurs et les décrit de la façon la plus simple possible pour le client (Ogden & al., 2006). Ce faisant, il favorise doucement la conscientisation du client concernant son état.

La conscientisation

La conscientisation¹ signifie être attentif et témoin simultanément des pensées, sensations, perceptions sensorielles, sensations internes du corps, changements musculaires et mouvements d'impulsion qui surviennent dans l'ici et maintenant, au moment où l'expérience se vit. Au fur et à mesure que les sensations, les émotions et les pensées émergent, l'observation consciente mène vers la curiosité et l'auto-observation (Ogden & al. 2006). Par exemple, « Quand cette émotion vous vient, avez-vous remarqué le tremblement dans vos jambes? » Gendlin (2006) parle de « focusing » pour décrire ce processus. Cette conscientisation se fait dans un mode d'observation. Cela signifie accueillir ce qui est présent sans chercher à le comprendre ou à l'interpréter.

Pour favoriser la conscientisation, lorsque le client parle de son expérience, le thérapeute amène l'attention du client sur les sensations internes ressenties au moment même où il en fait le récit. Étant donné que la conscientisation demande de sortir de

¹ Le terme conscientisation est une traduction libre du terme anglais « mindfulness ».

l'expérience pour pouvoir l'observer (un alter ego observateur), le client est amené à prendre une distance par rapport à ses expériences émotives et somatiques chroniques associées au traumatisme (Ogden & al. 2006). Le risque de retraumatisation est diminué étant donné que pour s'observer de l'intérieur, le cortex doit être impliqué, limitant ainsi l'hyperactivation (Ford, 2009; Ogden & al., 2006).

Il arrive qu'avant d'être maîtrisée, la conscientisation éveille différentes difficultés chez la personne. Levine (2008b) mentionne que les émotions représentent un défi pour la conscientisation tant elles peuvent être fortes, irrépressibles, spectaculaires, intrigantes. La prise de conscience corporelle peut donc être déconcertante pour la personne qui n'a pas développé suffisamment de ressources pour y faire face et, au lieu de l'aider, elle suscite des sentiments de terreur, de perte de contrôle, de panique, de colère, etc. Cette conscientisation risque alors d'être plus dérangeante que bénéfique si elle n'est pas bien préparée. Levine (2008b) ajoute l'importance d'une bonne préparation afin de pouvoir reconnaître les manifestations physiques (sensations) sous-tendant les réactions émotionnelles.

Il arrive aussi qu'au lieu de sentir l'hyperactivité de son corps la personne traumatisée ne ressente rien. Elle est plutôt témoin de l'anesthésie, l'insensibilité, l'engourdissement de son corps (Ogden & al. 2006). La situation risque d'empirer si, en plus, des pensées du genre « Mon corps me laisse tomber » « Je déteste mon corps » s'installent chez la personne. Le thérapeute évalue donc où se situe la personne

traumatisée dans son processus thérapeutique et l'invite à développer les ressources nécessaires avant de mettre en place ce genre d'intervention.

La conscientisation permet à la personne de prendre conscience des incohérences ou des réactions qui se produisent dans son corps, ses émotions et sa tête. Ce faisant, celle-ci est plus apte à changer son expérience et c'est par l'expérimentation et l'exploration que ces changements seront possibles.

L'expérimentation et l'exploration

Un des objectifs thérapeutiques avec les personnes traumatisées est de comprendre comment elles organisent leur expérience et comment le thérapeute peut les amener à expérimenter de nouvelles façons d'organiser cette expérience. Pour ce faire, le thérapeute adopte une attitude d'expérimentation, d'exploration, de curiosité et d'ouverture. Ce contexte d'expérimentation exige la collaboration du client. C'est donc par des demandes du genre « Est-ce possible d'explorer... » que le thérapeute abordera le client. Ceci permet au client de dire « oui » ou « non ». Les deux réponses sont acceptables et respectées. Lorsque le client accepte cette collaboration, son propre système d'exploration s'active (p. ex. : ouverture, intérêt ou de curiosité, etc.) et son système de défense se désactive (Ogden & al. 2006).

La différenciation des processus impliqués dans l'expérience présente

Le thérapeute apprend au client à faire la différence entre les sensations physiques et les émotions ou pensées associées au traumatisme en développant une conscientisation encore plus profonde des sensations physiques et des mouvements (Ogden & al., 2006). Le thérapeute demande au client de limiter le nombre d'informations auxquelles il a accès en centrant son attention exclusivement sur les sensations physiques et les mouvements. Ce qui permet au client d'expérimenter distinctement ses sensations de ses émotions et de ses pensées (Ogden & al., 2006). La capacité de sentir, de décrire les sensations et de ne pas les associer aux émotions et aux cognitions donne la possibilité au client de réintégrer l'expérience somatique de son traumatisme (Ogden & al., 2006).

L'assemblage des différents niveaux de processus

Lorsque le client réussit à mieux identifier et reconnaître son expérience somatique dans l'ici et maintenant et qu'il arrive à différencier chacun des niveaux de processus; somatique, émotif et cognitif de façon distincte, il est alors possible de l'amener à faire l'assemblage de ces différents niveaux. Cet assemblage permet à la personne de voir comment ses émotions, ses pensées, ses perceptions sensibles (p. ex. : une odeur, une image, un son, un toucher) et ses sensations corporelles s'influencent les unes les autres (Ogden & al. 2006). En proposant au client d'explorer comment son corps, ses mouvements et sa posture affectent, dans le moment présent, ses pensées ou ses émotions; le thérapeute lui permet de lier ensemble les différents processus d'information. Par exemple, s'il reflète au client : « Je remarque que vos épaules

s'affaissent quand vous me parlez de votre peine », ce reflet permet à la personne d'assembler la partie physique et émotive. Si le thérapeute va un cran plus loin, il pourrait faire le reflet suivant « Que ce passe-t-il quand vous remarquez à la fois votre peine et l'affaissement de vos épaules? », liant ainsi les trois niveaux de processus d'information.

Les notions que nous venons de voir concernant les interventions sensorimotrices vont nous aider à comprendre davantage le traitement thérapeutique proposé dans la section suivante.

Le traitement thérapeutique

L'objectif du processus thérapeutique avec les personnes traumatisées est d'augmenter leur capacité d'intégration en les aidant à développer leur habileté de passer d'un niveau d'expérience (sensorimoteur, émotif ou cognitif) à un autre et ainsi unifier les parties physiques, émotives et mentales de l'événement traumatique (Ogden & al., 2006). Dans cette section, nous présentons l'approche « sensorimotrice » d'Ogden (Fisher & Ogden, 2009; Ogden & al., 2006). Nous avons complété et soutenu l'idée principale de cette auteure en y greffant la pensée et les travaux d'autres auteurs (Courtois & al., 2009; Crombez, 1994; Ford, 2009; Kradin, 2003; Levine, 2008b; Rochette & Vergely, 2003; Rothschild, 2003, 2008; van der Kolk & al., 2007).

Le traitement sensorimoteur est divisé en trois phases : 1. sécuriser et stabiliser le client, 2. traiter le matériel traumatique et 3. intégrer l'évènement et réorganiser l'expérience globale, passée et future, de cet événement. Ces phases ne sont pas hiérarchiques. Elles sont plutôt comme une spirale dans laquelle il y a des mouvements d'aller/retour ajustés à ce que vit la personne lors du traitement. Le thérapeute considère ces mouvements d'aller/retour comme des rechutes ou des régressions faisant partie du processus de changement du client. Par exemple, un client qui explore les éléments concernant son traumatisme (phase deux) peut vivre beaucoup de réactivités physiologiques. Il aura alors besoin de revenir à la phase un et se sécuriser. Au fur et à mesure que le client avance dans son rétablissement, ses rechutes ou régressions sont de moins en moins fréquentes, de moins en moins invalidantes, et de plus en plus courtes. Le client constate, parce qu'il l'a déjà vécu, que cette période difficile se terminera et qu'elle n'est pas un gouffre sans fond comme il le pensait lors de la première chute.

Ogden et al. (2006) précisent que la lecture du corps se fait différemment selon les phases de traitement. Dans la phase 1, nous utilisons la lecture du corps pour évaluer les habiletés ou les ressources physiques de la personne qui développe sa sécurité et sa stabilisation (p. ex. : alignement de la colonne vertébrale, respiration profonde, ancrage dans les jambes, capacité à se centrer). Le thérapeute observe donc quelles sont les habiletés manquantes qui auraient besoin d'être développées. Dans la phase 2, la lecture du corps est utilisée pour évaluer la présence possible de réponses défensives n'ayant pu être utilisées (ou complétées) lors de l'évènement traumatique. Par exemple, une tension

dans les épaules, les bras ou les mains indique peut-être une réponse de combat incomplète, ou une tension dans les jambes celle d'une fuite. Ces informations indiquent les actions qui ont possiblement besoin d'être terminées pour répondre aux objectifs de la phase 2. Dans la phase 3, la lecture du corps est utilisée pour évaluer comment les manifestations physiques de fausses croyances persistantes interfèrent dans la capacité de la personne à s'engager totalement dans son quotidien. Par exemple, la croyance « Je dois être exceptionnel si je veux être aimé » pourrait se traduire par des tensions, une rigidité, une rapidité d'exécution ou toutes autres réactions physiques qui supporteraient cette pensée.

C'est à travers le processus thérapeutique de Marianne, une cliente fictive construite à partir d'observations réelles, que nous explorons de façon plus approfondie chacune de ces phases. Débutons, tout d'abord, par la présentation de Marianne.

Vignette clinique 22 – Présentation de Marianne : Marianne, une femme de 28 ans, a été agressée il y a trois mois par un gang de rue alors qu'elle attendait l'autobus. L'événement s'est passé aux alentours de 21h30, soit après son quart de travail. Elle était seule à l'arrêt d'autobus et dit ne pas avoir entendu venir les agresseurs, car elle écoutait de la musique avec des écouteurs. Elle dit se souvenir avoir vu une ombre du coin de l'œil droit. Elle dit aussi avoir tourné la tête pour voir ce que c'était et qu'en une fraction de seconde elle a reçu un coup de poing au visage. Par la suite, elle rapporte avoir senti les coups sur son corps, mais ne sait pas d'où ils venaient et qui les donnait. Elle dit avoir tenté de se protéger du mieux qu'elle pouvait en restant recroquevillée au sol. Elle ajoute qu'à ce moment, elle savait qu'il y avait plusieurs agresseurs, car elle entendait des voix distinctes, à différents endroits autour d'elle. Toutefois, son souvenir de l'événement est flou. Elle n'arrive pas à savoir combien ils étaient ni combien

de temps l'agression a duré. Elle ne se souvient pas non plus comment cela s'est terminé. Par contre, elle se souvient de la froideur du sol. Elle se rappelle aussi que la douleur provoquée par les coups de pieds, de poings et de bâton semble, à un moment donné, avoir disparu. Elle se rappelle s'être répété intérieurement « Je ne veux pas mourir, je ne veux pas mourir. » Suite à son agression, Marianne est restée avec des séquelles physiques importantes aux jambes. Elle ressent des douleurs constantes et se tient difficilement debout sans aide. Elle se déplace très lentement à l'aide de cannes orthopédiques. Elle ne peut marcher que sur une courte distance. Marianne n'arrive pas à expliquer ce qui s'est passé. Elle dit que ses agresseurs ne lui ont rien volé. Elle ne les connaît pas et ne les a pas provoqués. Les policiers semblent dire que c'était probablement un rite initiatique pour un des membres du gang. Au moment où nous rencontrons Marianne, aucun des agresseurs n'a été arrêté.

Phase 1 : Sécuriser et stabiliser le client

La sécurité réfère au sentiment interne du client concernant l'absence de danger pour lui-même ou pour les autres et la présence de relations interpersonnelles supportantes et protectrices sur lesquelles il peut se fier en cas de danger imminent (Ford, 2009). Les personnes traumatisées éprouvent beaucoup de difficultés à ressentir ce sentiment. Cette partie du traitement, qui est habituellement la plus longue et certainement la plus importante (Courtois & al., 2009), vise à augmenter le sentiment de sécurité du client, à l'intérieur (p. ex. : le lien thérapeutique) comme à l'extérieur (p. ex. : dans sa vie quotidienne) de la thérapie, et à stabiliser son état par la gestion et la diminution de ses symptômes (Ogden & al., 2006; Rothschild, 2003, 2008). Toutefois, l'actualisation de cet objectif n'est pas simple. L'ancrage des symptômes et des mécanismes de régulation est parfois tellement solide, qu'il arrive que certains clients ne

dépassent jamais cette phase. La vignette clinique qui suit démontre l'ampleur que peut prendre la désorganisation chez un client traumatisé.

Vignette clinique 23 : Marianne – Sécurité et stabilisation. Un des principaux symptômes observables lors de notre première rencontre avec Marianne était son hypervigilance. Dans la salle d'attente, debout, dos au mur, elle tenait son sac à main collé contre elle, avait les yeux grands ouverts et regardait partout autour d'elle à la recherche d'un quelconque indice de danger. Tout le long du trajet vers notre bureau, elle avançait lentement, s'arrêtant régulièrement pour regarder derrière. Elle semblait à l'affût, comme si un danger la guettait au prochain tournant, comme si chaque pas en avant était risqué. Même dans notre bureau, sa vigilance persistait. Marianne réagissait facilement au moindre craquement de plancher, fermeture ou ouverture de porte ou simplement au bruit du vent dans une fenêtre. Elle écoutait scrupuleusement tous les bruits, tentant de les identifier et lorsqu'elle y arrivait, un léger soulagement se manifestait temporairement dans son corps. Même notre présence accentuait sa vigilance. Elle scrutait chacun de nos mouvements et y réagissait par un léger mouvement de recul. Marianne avait la respiration courte et rapide. Son corps était tendu, ses épaules crispées, ses mains accrochées à son sac à main, ses doigts y étant presque incrustés. Nous pouvions aisément estimer l'intensité de son rythme cardiaque simplement en observant les mouvements rapides et prononcés des veines de son cou. Ses jambes, placées parallèlement, bougeaient sans arrêt en de petits mouvements rapides.

À la lumière de cette vignette, nous constatons que Marianne ne se sent pas en sécurité. En effet, plusieurs de ses symptômes (hypervigilance, tensions musculaires, rythme cardiaque rapide, respiration perturbée, etc.) indiquent que son traitement de l'information est biaisé et dominé par le cerveau reptilien. Marianne, dont le système nerveux est en alerte, agit de façon instinctive pour se protéger comme le ferait une souris qui cherche à traverser une pièce dans laquelle elle a été attaquée par un chat.

Tant et aussi longtemps que Marianne se sentira ainsi, il sera difficile de travailler efficacement son traumatisme. D'autres interventions sont donc à prioriser.

Tel que nommé précédemment, l'objectif de cette phase est de permettre à la personne de prendre conscience de son état d'alerte (physique, émotive et cognitive), de lui fournir les moyens pour mieux gérer ses symptômes (d'abord physiques, mais aussi émotifs et cognitifs) et ainsi lui permettre de récupérer un sentiment de sécurité. Pour répondre à cet objectif, plusieurs moyens peuvent être mis en place. D'abord, le thérapeute doit mettre l'accent sur les éléments tels que le lien et le cadre thérapeutique, la psychoéducation sur la thérapie (p. ex. : approche sensorimotrice, cognitive, psychodynamique, etc.) et sur le traumatisme (p. ex. : ses effets au niveau physique, émotif et cognitif; ses conséquences au niveau personnel, social, familial, professionnel, etc.) et s'assurer que ces éléments sont intégrés avant d'amorcer l'exploration du traumatisme, favorisant ainsi la sécurité du client.

Par la suite, le client et le thérapeute apprennent une technique, imagée, mais particulièrement efficace dans le traitement, soit l'apprentissage du fonctionnement des freins avant l'utilisation de l'accélérateur lors de l'apprentissage de la conduite automobile. Dans le traitement d'un traumatisme, l'application du frein traduit la capacité à contrôler l'émergence des symptômes physiques associée au rappel d'éléments traumatiques; l'utilisation de l'accélérateur décrit le traitement du matériel traumatique de la phase deux. (Rothschild, 2003; Rochette & Vergely, 2003). Ogden et

ses collaborateurs (2006) mentionnent qu'il peut être tentant de travailler sur le rappel de l'événement ou sur le récit de celui-ci, mais cette forme de travail sera mise de côté le temps que la personne développe sa capacité à maintenir les excitations dans une fenêtre de tolérance acceptable. En effet, l'aspect corporel chez la personne traumatisée est activé de façon permanente ou facilement réactivé par toutes sortes de stimuli. L'intervenant ne sait jamais, avant de l'avoir expérimenté, quand et à quoi le client réagira (Rothschild, 2003). Dans la vignette clinique 23, Marianne réagit très facilement aux bruits, aux éléments inconnus et même au thérapeute. Quand elle réagit ainsi, elle vit toutes sortes de symptômes : battements de cœur, flashbacks, sueurs, etc. Afin de lui permettre de se sentir en sécurité, le thérapeute est, dans un premier temps, le gardien de cette sécurité en relevant les moments où l'excitation monte en flèche afin de l'arrêter. L'objectif étant bien sûr que le client apprenne à gérer ses réactions et qu'il puisse arrêter cette escalade d'excitation par lui-même (Rothschild, 2008). Pour ce faire, le thérapeute apprend au client, dès les premières rencontres, à développer sa conscience corporelle afin d'identifier, à l'aide de ses récepteurs intéroceptifs (vus au chapitre 2), ses sensations physiques (p. ex. : tensions, relaxation, douleurs, inconforts, etc.) reliées à une montée d'excitation. Le développement de cette pleine conscience du corps permet au client de reconnaître les signes d'hypervigilance (p. ex. : panique, augmentation des rythmes cardiaques et respiratoires, réponses d'orientation, comportements à risque, rage) ou d'hypovigilance (p. ex. : baisse de pression, engourdissement physique et émotionnel, détachement relationnel, désespoir, dissociation, etc.). En utilisant ses ressources somatiques (p. ex. : autorelaxation, diminution des tensions, respiration,

méditation, etc.), le client parvient à maintenir cette activation dans une fenêtre de tolérance acceptable (Ogden & al., 2006; Rothschild, 2008). Par la suite, il apprendra à distinguer les sensations physiques qui sont des ressources de celles qui doivent être traitées et changées.

Plusieurs approches peuvent être utilisées pour aider le client à utiliser son corps comme d'un outil thérapeutique (p. ex. : focusing, bioénergie, biofeedback, relaxation, EMDR, méditation, yoga, etc.). Par ces différentes techniques, le client apprend à être pleinement conscient des informations en provenance de l'intérieur (la somesthésie, la kinesthésie, le sens vestibulaire, le mouvement) et de l'extérieur (ses cinq sens) du corps et à utiliser ses ressources pour changer les mouvements et les sensations de son corps. Rappelons que le thérapeute amène le client vers cette conscientisation tout en respectant le rythme de ce dernier. Le client apprend ainsi à respecter son rythme.

L'apprentissage de la respiration lente et profonde fait partie des outils thérapeutiques intéressants dans cette phase. En effet, Kradin (2003) mentionne que la respiration est à la fois sous le contrôle volontaire et involontaire du système nerveux; par conséquent, la cognition et les émotions peuvent modifier la respiration tout comme la respiration peut modifier la cognition et les émotions. Quand le thérapeute enseigne une forme de respiration lente et profonde (aspect volontaire), en plus de permettre au client d'avoir une influence sur ses émotions et sa pensée, il lui permet, de façon indirecte, d'avoir un certain contrôle sur les aspects involontaires de son système

nerveux (p. ex. : rythme cardiaque, nervosité, anxiété, système digestif, etc.). Une mise en garde concernant l'utilisation de la respiration lente et profonde est toutefois nécessaire. Si nous enseignons cette forme de respiration trop tôt dans la phase de traitement, la personne traumatisée peut réagir fortement. Étant donné que cette forme de respiration agit sur les aspects volontaires et involontaires, elle met la personne en contact avec ses réactions physiques qui sont souvent associées au traumatisme. Si la personne n'a pas développé suffisamment de ressources pour faire face à ses réactions, elle risque de paniquer davantage. Dans les phases subséquentes, cette situation est beaucoup moins problématique, car la personne a les ressources nécessaires pour maîtriser les effets de l'exercice.

Rothschild (2008) fait une mise en garde concernant les interventions à adopter afin de favoriser le développement du sentiment de sécurité chez le client traumatisé. Entre autres, le thérapeute porte une attention à la façon dont il confronte le client par rapport aux éléments traumatiques afin de minimiser le risque de retraumatisation. Il travaille délicatement et respectueusement les éléments difficiles vécus par le client, lorsque ce dernier accepte de les aborder. D'autre part, le thérapeute adapte la thérapie au client plutôt que de demander au client de s'y adapter. Cette attitude demande au thérapeute d'être familier avec plusieurs théories et modèles d'intervention. Cette connaissance diminue les erreurs et permet de créer les techniques nécessaires aux besoins particuliers du client. Si une intervention ne fonctionne pas, c'est qu'elle n'est peut-être adéquate pour ce client, à ce moment précis.

Vignette clinique 24 : Marianne — Valorisation des expériences de compétence.

Depuis le début des rencontres thérapeutiques, Marianne s'était toujours montrée très nerveuse. Elle présentait plusieurs symptômes d'hypervigilance, d'anxiété et de réactions physiologiques. À plusieurs reprises, nous avons travaillé la gestion du stress, la conscientisation du corps et l'ancrage dans le moment présent. Aujourd'hui, nous constatons que quelque chose a changé. Marianne entre, s'assoit, dépose son sac à main par terre et commence à parler. Au bout de quelques instants, nous demandons à Marianne si elle sent que quelque chose a changé. Elle cherche puis dit : « J'ai déposé mon sac. D'habitude, je le garde serré contre moi. » Elle ajoute : « Je me sens mieux aujourd'hui, il me semble que je suis plus calme ».

Dans la phase un, le thérapeute valorise les expériences de compétence et de succès afin de développer les ressources du client. Dans la vignette 24, il est opportun de valoriser le comportement de Marianne. Le renforcement positif est encourageant pour le client et oriente son comportement. De plus, le comportement de Marianne nous indique qu'elle est moins prise par le processus sensorimoteur (l'état d'alerte est diminué) et plus disponible à d'autres processus (émotif et cognitif). Quand un client arrive à identifier, à se conscientiser et à diminuer ses symptômes physiques, c'est qu'il est beaucoup moins dominé par le cerveau reptilien. Il a donc accès à d'autres types de traitement de l'information. Dans le cas de Marianne, le thérapeute l'amène à assembler les processus sensorimoteur, émotif et cognitif en lui demandant : « Qu'est-ce qui se passe pour vous quand vous réalisez être plus calme et que ça vous fait du bien? » Par le langage, qui permet l'assemblage des parties somatique, émotive et cognitive, Marianne en arrive à nommer et décrire ses sensations, expliquant la signification qu'elle leur donne dans sa vie actuelle.

Ayant atteint une certaine stabilisation à la fin de cette première phase, le client se sent moins pris par les crises ou les bouleversements émotifs, comportementaux ou relationnels significatifs (Ford, 2009). Il est capable de penser pro-activement et de façon éclairée pour faire des choix plus sûrs et plus sains (Ford, 2009). Cette capacité lui permettra ensuite, dans la phase deux, de revisiter ses souvenirs de l'événement sans que ceux-ci provoquent encore plus de désorganisation, de décompensation ou de dissociation (Ogden & al., 2006).

Phase 2 : Traiter le matériel traumatique

L'acquisition de la sécurité et de la stabilité dans la première phase permet de mieux ancrer les bases de la phase deux : stimuler la maîtrise de l'hypervigilance, aborder les souvenirs traumatiques dans une fenêtre de tolérance ciblée, réexpérimenter de façon conscientisée les activations traumatiques, les mouvements soudains, les tremblements, les secousses et les engourdissements et trouver les réactions de mobilisation naissantes et les mettre en action (Ogden & al., 2006). L'objectif dans cette phase n'est pas de ramener les souvenirs traumatiques à la mémoire simplement pour les ramener (Ogden & al., 2006); il s'agit plutôt de maîtriser des comportements d'évitement de ceux-ci. Le but est de réexpérimenter les souvenirs traumatiques dans un environnement sécuritaire et contrôlé et d'être capable d'évoquer une image traumatique sans faire monter l'hypervigilance (van der Kolk & al., 2007). Crombez (1994) dit : « L'important est de rejoindre le traumatisme à travers la douleur : on ne se concentre pas sur elle, on ne la

rejette pas non plus, on s'arrange pour qu'elle ne soit pas assez importante pour servir d'écran à ce qui survient » (p. 262).

En d'autres mots, le but est de retrouver le plus possible l'état fonctionnel de la personne d'avant le traumatisme et de l'accompagner dans ses souvenirs du déroulement de la situation traumatisante au fur et à mesure que ses souvenirs lui reviennent, tout en maintenant un sentiment de sécurité qui lui permette de revivre la situation en s'y adaptant, sans se désorganiser. En accompagnant le client pendant sa souffrance et en expliquant que cette souffrance a du sens, le thérapeute favorise le processus d'intégration. Au travers de ce processus d'intégration, le client développe sa maîtrise du traumatisme en transformant et en mettant en mot l'expérience traumatique (van der Kolk, van der Hart & Marmar, 2007). Nous l'avons vu, les souvenirs traumatiques sont plus facilement enregistrés dans la mémoire implicite. Ils sont donc dissociés de la conscience du client et emmagasinés dans des sensations physiques, des pensées obsessives, des cauchemars, etc. La phase deux consiste donc à ramener à la conscience ces parties dissociées (p. ex. : les fragments de souvenirs, les sensations physiques, les intrusions sensorielles, les émotions et les actions, etc.) et ainsi, permettre leur intégration.

Dans la phase un, le client a identifié ses ressources. Dans la phase deux, il les utilise pour faire face au traumatisme. Il apprend, entre autres, à utiliser son corps pour découvrir des actions qui lui procurent un sentiment de maîtrise (p. ex. : la respiration)

même lors du rappel des événements traumatisants passés (Ogden & al., 2006). Il développe encore plus sa maîtrise de « l'emploi du frein » afin d'éviter une surexcitation. En effet, s'il ne maîtrise pas cet aspect, l'excitation provoquée par le rappel du traumatisme devient trop grande, ce qui réactive l'hippocampe et le court-circuit du néo-cortex. Le client va alors réexpérimenter le souvenir traumatique sans pouvoir transférer l'information implicite en information explicite (Ogden & al., 2006). En contrepartie, s'il maintient son excitation dans la zone de tolérance, il arrivera plus facilement à intégrer le traumatisme.

Lorsqu'il est question de réintégrer le matériel traumatique, une attention particulière est portée aux faux souvenirs. Levine (2008b) mentionne que l'organisme utilise ce qu'il connaît pour décrire ce qu'il vit. Le « ressenti comme... » est donc le point clé de la description. Une erreur trop fréquente est d'interpréter les souvenirs comme des faits réels. Un individu traumatisé pourrait avoir l'impression qu'il a été violé ou torturé alors que l'organisme cherche seulement à faire passer le message que la sensation vécue est *ressentie comme* un viol ou une torture. Même si ce sont de vrais souvenirs, il est important de comprendre que pour guérir, les explications, les convictions ou les interprétations peuvent être un obstacle (Levine. 2008b). Il est donc plus important de comprendre pourquoi et comment la personne organise son souvenir à ce moment précis, plutôt que de savoir si c'est un vrai souvenir ou pas.

Tel que déjà mentionné, la sécurité implique la présence de relations interpersonnelles supportantes et protectrices sur lesquelles la personne traumatisée peut se fier en cas de danger imminent. Quand cette dernière en arrive à concevoir la relation thérapeutique comme sécurisante, c'est qu'elle arrive à utiliser son système d'engagement social et à investir à nouveau dans une relation interpersonnelle. Elle pourra, par la suite, transposer ce sentiment dans d'autres relations. Toutefois, lorsqu'elle commence à parler de son traumatisme, son système d'engagement social peut se déstabiliser (Ogden & al., 2006) soit parce qu'elle éprouve de la gêne ou de la honte ou qu'elle craint le jugement du thérapeute. Elle aura tendance à s'isoler, se refermer, éviter le contact. Lorsque cela se produit dans la relation thérapeutique, l'intervenant s'efforce de rétablir ce contact en revenant aux éléments appris dans la phase un (sécuriser/stabiliser).

Vignette clinique 25 : Marianne – Engagement social. Au cours d'une séance durant laquelle Marianne raconte comment elle a été lâche de ne pas se défendre devant ses agresseurs, nous remarquons que la cliente coupe le contact. Elle se replie sur elle-même, baisse le regard et n'a plus d'interaction avec nous. Nous lui proposons alors de porter une attention sur ses sensations physiques. Nous lui suggérons ensuite de s'ancrer dans le présent en regardant autour d'elle. Marianne nomme les choses qu'elle voit et entend dans l'ici et maintenant. Elle finit par nous regarder et faire un sourire, un peu comme si elle arrivait d'ailleurs.

Dans cette vignette, le thérapeute aide la cliente à s'ancrer dans le moment présent en canalisant son attention sur ses sensations physiques et sur son environnement, la forçant ainsi à sortir de l'expérience vécue comme étant négative et à prendre une

distance par rapport à celle-ci. Cette intervention a permis à Marianne de réajuster son système d'engagement social, mais aussi de maintenir la confiance et la sécurité par rapport au thérapeute.

Il arrive que pendant le rappel de souvenirs sensoriels (p. ex. : battements cardiaques rapides, serrement de gorge, panique, tremblement, etc.), les personnes traumatisées revivent de façon aussi intense les émotions vécues lors de l'événement traumatisant (p. ex. : terreur, impuissance, horreur, etc.). Elles se disent alors surinvesties par leurs émotions et n'ont que peu de conscience de la responsabilité de leurs réactions physiques dans le maintien de ces mêmes émotions (Ogden & al., 2006). Cette difficulté est en partie due au fait que les émotions et les sensations physiques arrivent soudainement et au même moment. Lorsque les sensations physiques sont ressenties comme des signes d'émotions, chacun des deux niveaux d'expérience (physique et émotif) s'influence l'un l'autre (Ogden & al., 2006). Par exemple, si le rythme du cœur accélère (p. ex. : sensation physique parce que la personne marche vite) et que l'interprétation de cette augmentation du rythme cardiaque est l'anxiété (p. ex. : je suis nerveuse), il se peut que la personne se mette à vivre plus d'anxiété (p. ex. : je vais faire une crise de panique) et que le cœur batte plus vite (réaction physiologique à la perception du danger). Si en plus, une partie cognitive s'ajoute (p. ex. : je ne suis pas en sécurité), les aspects physique et émotif s'intensifieront (Ogden & al., 2006). Pour éviter ou diminuer cet effet, le thérapeute apprend au client, comme nous l'avons vu plus tôt

dans ce chapitre, à faire la différence entre ses réactions émotionnelles, ses réactions physiques et ses cognitions.

Dans cette phase du traitement, la personne traumatisée maîtrise de plus en plus la conscientisation. Elle arrive donc à mieux gérer et à donner un sens aux réactions physiques qui émergent lors du rappel des événements traumatisants. Elle peut ainsi trouver et compléter les mécanismes de défense qui se sont vus inefficaces au moment de l'événement traumatique et qui ont tendance à vouloir se répéter. Cette prise en main des actions défensives diminue son sentiment de rage ou d'impuissance (Ogden & al., 2006). La prochaine vignette illustre ce propos.

Vignette clinique 26 : Marianne – Impact de la conscientisation des réactions physiques. Depuis quelques séances, les jambes de Marianne se mettent à trembler dès son entrée dans le bureau. Marianne se met alors à éviter (change de sujet, évite le regard, parle de tout et de rien, etc.). Nous tentons à quelques reprises de faire des exercices de relaxation. Nous constatons un certain effet à court terme. Nous lui faisons part de notre observation. Marianne semble toujours incapable de cesser ce tremblement et ne comprend pas pourquoi elle tremble ainsi. Nous lui proposons donc de porter une attention à ce phénomène physique. Nous lui demandons de prendre conscience de ce tremblement sans en changer quoi que ce soit. Ses jambes tremblent de plus en plus. Nous lui demandons : « Si vous pouviez laisser aller ce mouvement jusqu'au bout, que se passerait-il? » Marianne dit « Je courrais. Je courrais le plus vite possible, le plus loin possible. J'ai peur de me faire attaquer encore et de ne pas pouvoir me sauver. J'ai peur de ne pas pouvoir me défendre. »

On peut supposer que Marianne craint de parler de l'événement traumatique. Cette anticipation réactive la sensation associée à la peur dans son corps. Le mouvement de

défense qui n'a pu être complété lors du traumatisme et qui stagne dans son corps cherche tout à coup à s'achever. Son corps veut fuir, se protéger de l'agression. En permettant au client de prendre conscience de son émotion, de ses sensations physiques et de sa pensée sous-jacente d'être en danger, le thérapeute l'aide à séparer le présent (je suis dans un endroit sécuritaire) du passé (je me suis fait agresser), et lui permet ainsi d'assembler les différents niveaux de processus afin d'intégrer le souvenir traumatique. Le thérapeute peut aussi aider la personne à compléter (réellement ou imaginativement) l'action de défense. Par exemple, en séance, le thérapeute pourrait installer des coussins sous les pieds de la personne et lui demander de bouger ses jambes le plus vite possible, comme si elle courait très rapidement. Par la suite, le thérapeute vérifierait avec la personne quels sont les effets de cette remise en action.

Il arrive fréquemment qu'un souvenir traumatique revienne à la conscience, de façon spontanée, à la vue d'une image, d'une odeur, d'un mouvement ou de tous autres stimuli associés à cet événement traumatique. Il est également possible de provoquer ce genre de rappel par la reproduction d'une position corporelle. Par exemple, si nous demandons à un patient de reprendre la position qu'il avait lors du traumatisme, cela peut ramener des détails à la conscience (Rothschild, 2008). Si l'acte est demandé, il peut aider la mémoire à se rappeler certaines informations. Par contre, s'il est spontané, cela peut être bouleversant. Prenons l'exemple suivant.

Vignette clinique 27 : Marianne – Reproduction d’une position corporelle. Dès son arrivée, Marianne nous raconte avec empressement ce qui lui est arrivé cette semaine. Encore sous le choc, elle explique en détail son aventure. « Je ne sais pas ce qui m’est arrivé, mais j’ai paniqué. Je sais que c’est niais... des enfants! J’étais chez ma sœur. J’ai dormi chez elle et le matin, ses enfants sont venus me réveiller. J’étais couchée sur le côté, en petite boule. Ils sont entrés dans la chambre en parlant fort et en riant. Je me suis réveillée en panique. Je me suis mise à crier. J’avais mal partout, comme lors de l’agression. Les enfants sont sortis de la chambre en courant et ma sœur est venue me rassurer. J’ai eu tellement peur que j’ai été affectée une bonne partie de la journée. »

La vignette illustre ce que peut provoquer, chez la personne traumatisée, la remise en action d’une position corporelle. Marianne s’est vue replonger dans son souvenir du traumatisme parce qu’elle avait la même position que lors de l’agression et que les bruits ambiants (parler fort et les rires) ressemblaient étrangement, pour elle, à ceux entendus également au moment de l’agression. Par chance, l’intervention de sa sœur lui a permis de revenir partiellement dans le moment présent.

Levine (2008b) mentionne que la pulsion d’achèvement de la réponse de figement ou, en d’autres mots, l’intention inconsciente de sortir du figement reste active indépendamment du temps qui s’écoule depuis son installation et qu’elle sera toujours là pour donner une « deuxième chance ». Dans ces circonstances, l’intervenant vise à remettre en marche ou en action dans le traitement, le mouvement interrompu. Si nous voulons traiter globalement le traumatisme, il est nécessaire que nous reconnaissons et que nous utilisions les indices de traumatisme véhiculés par le corps. Permettre à la personne de remettre en action le mouvement interrompu plutôt que la laisser le faire

encore et encore lui permet aussi de briser le cycle posture/pensée que nous avons vu au chapitre deux. Dans le même sens, amener le client à approfondir les nuances d'un mouvement peut aussi être d'une grande utilité (Rothschild, 2008).

Vignette clinique 28 : Remise en action afin de briser le figement. Après que Marianne ait pris conscience de sa réaction exagérée relativement aux enfants de sa sœur, elle décide de se réexposer à leurs comportements. Nous lui proposons de se replacer lentement dans des situations de jeux qui l'amènent graduellement à revivre certains éléments de son traumatisme. Elle débute donc par jouer à des jeux vidéo afin de s'habituer aux cris des enfants. Elle se laisse ensuite toucher par eux dans des jeux de chatouille et de bataille. Par la suite, elle accepte de se coucher au sol et de se laisser masser. Tout au long de ce processus, qui dure des semaines, Marianne apprend à déconditionner sa réponse traumatique.

Un des éléments qui permet de sortir du traumatisme consiste à briser le figement et la peur qui lui est associée par une remise en action de la personne. C'est ce que fait Marianne par la désensibilisation. Elle s'expose afin d'apprivoiser sa peur.

De façon générale, dans un réflexe complété de survie, toute l'énergie qui a été mobilisée pour la fuite ou le combat a émergé d'une manière explosive ce qui a permis à l'action de s'effectuer. Quand les personnes traumatisées commencent à sortir de leur figement, l'énergie est libérée et elles sont saisies de brusques et intenses accès émotionnels. Levine (2008b) soutient que ces accès peuvent entraîner des sentiments de rage et de peur intenses s'ils ne sont pas convertis immédiatement en action. Ces sentiments, ajoutés à celui d'avoir peur de devenir violent envers soi-même ou les autres, réactivent le figement et l'intensifient, souvent indéfiniment, sous la forme d'une

terreur figée. Si le thérapeute parvient à faire vivre la sensation de figement à son client, à l'aider à en sortir tout en gérant la libération de l'énergie et des sentiments (peur, rage, etc.) qui l'accompagnent, il pourra aider son client à sortir définitivement et sécuritairement de cet état (Levine, 2008b).

Dans cette phase du traitement, les défenses ou mécanismes de régulation du client sont considérés comme des ressources (Rothschild, 2003), car elles lui permettent de se maintenir en équilibre. Il est donc souhaitable de ne pas se débarrasser des stratégies d'adaptation (p. ex.: évitement, dissociation) tant que d'autres stratégies n'auront pas été développées (p. ex.; sécurité, confiance, etc.). La vignette clinique suivante montre un exemple d'une défense (évitement) qu'on a voulu transformer avant d'avoir développé une de remplacement.

Vignette clinique 29 : Marianne – Défense en tant que ressource. Marianne éprouve encore des symptômes liés à son agression, dont des symptômes physiques, qui n'ont pu être expliqués médicalement : des douleurs dans les bras, des engourdissements et une froideur aux mains. Lors d'une rencontre où Marianne mentionne avoir les mains froides, nous lui proposons d'explorer cette sensation. Nous lui demandons donc de porter une attention à ses mains et de décrire la sensation de froid. Marianne ferme les yeux et se concentre un instant. Au bout d'un certain temps, elle ouvre les yeux et mentionne ne pas comprendre ce que nous lui demandons. Elle ajoute ne pas être capable de sentir « de l'intérieur ». Elle dit que cet exercice la déstabilise (elle montre des signes d'activation tels que les yeux grands ouverts, une hypervigilance, la respiration rapide, les bras et les mains tendus). Nous explorons avec elle ce qu'elle vit présentement et lui demandons ce dont elle sent avoir besoin en ce moment. Elle dit : « Un calmant pour éviter de sentir tout ça. » Marianne ajoute que ça fait plusieurs mois maintenant qu'elle évite de penser, de sentir ses inconforts ressentis aux bras et aux mains.

Nous pouvons voir à quel point cela peut être désorganisant pour la personne de ne plus avoir recours à ses défenses. Dans cet exemple, nos interventions ont ramené Marianne dans la première phase afin qu'elle retrouve son sentiment de sécurité. Nous avons, dans un premier temps, aidé Marianne à reprendre sa maîtrise de l'application des freins, à bien respirer, d'une respiration profonde et lente ce qui lui a permis de se calmer et de relaxer. Nous avons ensuite jumelé sa respiration avec l'identification et la diminution de ses réactions physiologiques telle que l'activation de son rythme cardiaque et de ses tensions. À l'aide de sa respiration, Marianne est parvenue à diminuer ses réactions. Au fur et à mesure que le temps avançait, Marianne se sentait de plus en plus capable de maîtriser ses paniques. Et plus tard, elle a même réussi, malgré l'inconfort, à se concentrer sur ses sensations physiques sans chercher à les éviter. Par la suite, nous l'avons aidée à développer les ressources nécessaires afin qu'elle puisse lentement délaisser son mécanisme de régulation inadéquat, soit l'évitement. Par exemple, le fait de discuter ouvertement avec Marianne de la présence des comportements d'évitement lui a permis d'en prendre conscience. Une fois qu'elle en est consciente, elle peut faire le même comportement (éviter), mais cette fois-ci, elle le fait par choix : « Je ne veux pas parler du traumatisme. Je sais que j'évite le sujet, mais pour l'instant, c'est comme ça. »

Pour que les souvenirs traumatiques puissent devenir semblables à des souvenirs d'expériences de la vie de tous les jours, ils nécessitent une transformation. Pour ce faire, les souvenirs physiques, émotifs et rationnels rattachés à un même événement

traumatique, mais qui étaient vécus distinctement depuis le traumatisme demandent d’être revécus ensemble et dans un même temps pour être intégrés. L’assemblage des différents niveaux du traitement de l’information permet à la personne de classer adéquatement cet événement. L’intégration se réalise alors chez la personne, comme cela se fait pour les événements habituels de la vie quotidienne. C’est seulement lorsque tous les aspects du traumatisme sont intégrés qu’une résolution est possible (van der Kolk & al., 2007).

Vignette clinique 30 : Marianne – Intégration des souvenirs de l’expérience traumatisante. Marianne arrive à sa rencontre très fière d’elle-même. Elle nous raconte une situation qu’elle met en lien avec l’incident survenu chez sa sœur (vignette clinique 27) et son agression. Marianne mentionne que la nuit dernière, elle s’est réveillée en sursaut, sur le point de faire une crise de panique. Elle réalise que son conjoint est couché, collé dans son dos, son bras autour d’elle. Ses réactions et ses pensées sont ambivalentes. Elle se sent exactement comme lorsqu’elle s’est faite agresser, mais en même temps, elle a conscience que c’est son conjoint qui est là. Elle nous mentionne avoir réussi à rester près de son conjoint, avoir été capable de diminuer son anxiété et à s’être endormie par la suite.

Marianne est parvenue à intégrer une partie de son traumatisme. Elle a réussi à faire la différence entre son traumatisme et sa vie actuelle. Elle a affronté et bien géré la situation. Elle est fière de son comportement. Levine (2008b) soutient que la renégociation du traumatisme réussit lorsque l’augmentation des ressources de la personne progresse parallèlement à son niveau d’activation, ce que Marianne démontre dans son comportement.

Phase 3 : Intégrer l'évènement traumatique et réorganiser l'expérience globale, passée et future, de cet évènement

Dans cette dernière phase, la personne a exploré son passé et son présent. Elle n'est plus en état de crise et elle est prête à entrevoir l'avenir, à participer pleinement à la vie. Avec sa capacité à maintenir l'excitation dans une fenêtre de tolérance acceptable, un plus grand développement de sa conscience et de sa confiance en son corps en tant qu'allié et non ennemi, la personne est psychologiquement équipée et somatiquement renforcée pour être capable de tourner son attention vers la vie de tous les jours (Ogden & al., 2006). Les ressources développées dans les premières phases sont réutilisées dans cette dernière partie du traitement pour supporter la prise de risque saine et un plus grand engagement dans le monde. Les interventions visent la poursuite du développement du client dans les différentes sphères de sa vie : sa confiance dans ses relations interpersonnelles et intimes, son fonctionnement sexuel, sa capacité d'élever des enfants, son côté professionnel, sa capacité à faire les choses pour se protéger adéquatement (Courtois & al., 2009). La personne apprend à être attentive aux informations internes et externes du corps et découvre comment ces informations aident le développement d'actions adaptatives et de nouvelles façons de penser.

Nous avons vu que le corps porte les distorsions cognitives et les émotions reliées au traumatisme et, qu'à l'inverse, les distorsions cognitives et les émotions se manifestent dans le corps. Dans la phase deux, la personne a appris à réévaluer les distorsions cognitives et les émotions reliées à son traumatisme et à intervenir sur elles.

Dans la phase trois, la personne apprend à changer les distorsions cognitives, les émotions et les empreintes corporelles qui persistent et qui se manifestent autrement que dans les souvenirs du traumatisme.

Vignette clinique 31 : Marianne – Distorsions cognitives résiduelles. Marianne envisage le retour au travail. Elle craint par contre de retrouver le poste qu'elle occupait : agente au service à la clientèle. Elle a peur de se faire malmené par les clients difficiles. Elle se sent incapable de leur faire face. Elle dit : « Je vais me faire démolir. Je n'arriverai jamais à me faire respecter. » Malgré le support offert par son employeur, Marianne fait la demande d'un poste dans lequel elle ferait un travail de bureau.

Même si le traitement de Marianne se déroule bien, elle reste avec des craintes par rapport à sa capacité à faire face à une situation d'agression, quelle qu'elle soit. Elle tente de reprendre le contrôle sur sa vie professionnelle, et doit affronter les sensations, la peur et les pensées reliées au traumatisme qui semblent vouloir persister. Nous l'avons aidé à vaincre ses résidus traumatiques en confrontant ses cognitions, ses croyances, ses émotions, ses sensations, etc. À ce stade, Marianne est de plus en plus capable de voir les incohérences dans son discours (p. ex. : je sais que je ne suis pas vraiment en danger. Les clients ne nous agressent pas, je sais, mais j'ai peur même si cette peur n'est pas justifiée).

Au cours de cette phase du traitement, il peut arriver que la personne traumatisée fasse une « rechute » ou régresse. Cette rechute est entendue dans le sens que des

situations ou des liens indirects peuvent venir réactiver le même genre de réponse que la personne a eue lors du traumatisme. La personne se retrouve donc déstabilisée.

Vignette clinique 32 : Marianne – Rechute. Depuis plus de deux mois, Marianne a repris son poste d'agent au service à la clientèle. Elle se sent adéquate et bien dans ce poste. Une journée en fin d'avant-midi, un client en colère se présente au comptoir. Dès qu'elle l'aperçoit, elle sent son cœur battre rapidement. Elle tente de rester calme et va répondre au client tapageur. Malgré les interventions délicates qu'elle fait pour calmer son client, ce dernier devient de plus en plus furieux. À un certain moment, il frappe d'un mouvement violent de la main le comptoir le séparant de Marianne. Le bruit fracassant ainsi que le mouvement de violence provoqué par ce geste ont instabilisé Marianne.

Ce genre de rechute arrive assez fréquemment. La personne traumatisée se retrouve devant un ensemble d'éléments semblables à celui vécu dans le contexte du traumatisme. Même si la personne est capable de faire la différence entre les deux contextes (processus cognitif), d'autres parties sont dépassées par la ressemblance des événements. À ce moment, le thérapeute aide la personne à retrouver la sécurité dans la phase un. Par la suite, il l'amène à revisiter et traiter ce matériel (phase deux) afin qu'elle puisse, dans un troisième temps, l'intégrer davantage. Le thérapeute sensibilise la personne aux apprentissages et aux adaptations du corps. Quelque chose s'est ancré dans le corps (le traumatisme) et il doit en être délogé. Les conditionnements classique et opérant peuvent alors être utiles. L'exposition à des situations anxiogènes est un exemple de reconditionnement. Au fur et à mesure que la personne est confrontée à des situations réactivant une réponse similaire à la réponse initiale et qu'elle arrive à les

retravailler, elle devient de mieux en mieux équipée pour y faire face. Dans cette phase-ci, le client réussit bien souvent à faire ce travail par lui-même.

C'est dans la phase trois que la personne traumatisée en vient parfois à développer son sens de l'humour. Levine (2008b) mentionne d'ailleurs que, peu importe l'origine du traumatisme, la personne guérit plus facilement si elle l'aborde d'un point de vue positif. Sans se dévaloriser ou se détruire, la personne parvient à rire de ce qu'elle fait, de ce qu'elle dit. Elle accède à une forme de métacognition c'est-à-dire qu'elle arrive, au fur et à mesure qu'elle parle, à analyser son discours et y voir les incohérences. À ce stade, la personne voit par elle-même que son discours a parfois peu de sens avec la réalité et se corrige souvent par elle-même.

Vignette clinique 33 : Marianne – Métacognition. Marianne est de retour au travail depuis près d'un an maintenant. Elle occupe toujours son poste d'agente au service à la clientèle. Comme cela se présente régulièrement dans ce contexte de travail, Marianne doit négocier avec des clients insatisfaits. Ce matin-là, Marianne rencontre un client particulièrement mécontent. Il parle fort, crie même. Marianne arrive à rester calme. Elle se dit : « C'est un client. Il ne me veut pas de mal. Il n'est pas satisfait de son achat et mon travail est de gérer la situation. Je ne suis pas en danger, je suis au travail. » Marianne parle au client d'une façon très détendue et finit par régler la situation.

Nous pouvons constater que Marianne arrive à s'auto-analyser. Elle comprend par elle-même que le contexte dans lequel elle se retrouve n'a rien à voir avec un contexte

d'agression. Elle constate aussi que le client colérique ne représente pas une réelle menace pour elle. Marianne réussit donc à gérer la situation.

Cette phase de traitement est l'occasion d'encourager le client à considérer quelles sont les parties de sa vie qui ont du sens pour lui et à redécouvrir de vieux rêves ou désirs qui ont pu être mis de côté suite au traumatisme (Ogden & al., 2006). Pour plusieurs personnes traumatisées, il est difficile de ressentir le plaisir ou de bons sentiments, entre autres, parce qu'ils les ont souvent associés avec le danger (Ogden & al., 2006). Par exemple, rire et avoir du plaisir peut avoir été identifiés par la personne traumatisée comme une baisse de sa vigilance et donc, à un risque de danger. Cet état de fait est illustré dans la vignette suivante.

Vignette clinique 34 : Marianne — Redécouverte du plaisir. Alors que nous étions à explorer avec Marianne les activités qui lui procuraient du plaisir, celle-ci mentionne « J'aime vraiment la musique. J'en écoutais tout le temps avant. Depuis l'agression, je n'en ai jamais réécouté. » Marianne exprime alors son désir de recommencer à en écouter. Des interventions en ce sens sont faites afin de l'aider à reprendre cette activité. Nous demandons donc à Marianne d'apporter une de ses musiques préférées. Dans un deuxième temps, nous lui proposons d'en faire l'écoute. Nous discutons avec elle de cet exercice : « Comment trouvez-vous le fait d'écouter cette musique? » Elle mentionne être surprise de sa réaction. Elle craignait avoir plus de réactions négatives. Au contraire, elle se sent bien. Elle ne comprend pas pourquoi elle n'en écoutait pas à la maison. C'est ce qui a d'ailleurs été son prochain exercice : écouter de la musique chez elle et, éventuellement, avec des écouteurs.

Les interventions du thérapeute et l'implication de Marianne lui ont permis de reprendre une activité qu'elle aimait. Favoriser la réintégration des moments de bonheur est essentiel dans le traitement du traumatisme.

Au fur et à mesure que la thérapie avance, la personne traumatisée développe un lien thérapeutique de plus en plus fort avec son thérapeute. Nous avons vu que cette situation aide la personne à retrouver un sentiment de sécurité. Dans cette partie du traitement, la personne traumatisée a atteint un niveau tel, qu'elle est capable d'intérioriser ce sentiment de sécurité. Une fois intériorisé, elle peut le reproduire ailleurs, dans une autre relation. De plus, la personne est maintenant capable de reconnaître qu'elle avait besoin d'aide pour s'en sortir. Elle ne voit plus cette demande d'aide comme une faiblesse, mais comme une force. Elle reconnaît avoir utilisé ses ressources adéquatement pour s'en sortir.

Vignette clinique 35 : Marianne — Réorganisation. Dans les dernières séances avec Marianne, nous lui demandons où elle se situait dans son cheminement. Sa réponse est instantanée. Elle dit : « Ce qui me surprend le plus c'est que, maintenant, je me sens bien lorsque je suis seule. » Elle ajoute : « La fin de semaine dernière, mon conjoint est parti à la pêche avec des amis. Je suis restée seule à la maison. Je me sentais bien. Je n'avais pas peur, j'étais calme. Je pourrais même dire que je ne me suis jamais sentie aussi bien. J'étais seule, mais je ne me sentais pas seule. J'ai vraiment l'impression qu'il y a quelque chose de changé en moi. Je suis différente et je suis bien ainsi. »

L'événement a transformé Marianne. La personne traumatisée qui réussit un tel traitement ne redevient jamais comme elle était avant l'événement. C'est un peu comme

si cette situation avait laissé une empreinte, une cicatrice physique, émotive et cognitive. L'événement traumatisant est fini, la blessure est guérie, elle ne fait plus mal, mais cette blessure laisse une marque qui s'estompe en transformant la personne qui l'a subie. Cette empreinte fait désormais partie de la personne, de son histoire. La personne sera confrontée, au cours de sa vie future, à toutes sortes d'autres événements, elle est consciente que ces événements pourront l'ébranler, mais qu'elle sera capable de les affronter. De plus, nous observons chez les personnes traumatisées qui ont réussi à cheminer vers la guérison, une sensibilité, une intégrité et une flexibilité nouvelles qui les étonnent eux-mêmes. Leur processus d'intégration de l'événement traumatisant est semblable au processus de deuil. La personne a su transformer les éléments négatifs du traumatisme en éléments d'évolution.

Au travers de ce chapitre, nous avons pu explorer les étapes importantes de l'intervention auprès d'une clientèle traumatisée, mais plus particulièrement des interventions au niveau corporel. Nous avons vu comment ces interventions, par la prise de conscience du corps, la mobilisation de celui-ci, l'arrimage des différents niveaux de processus de traitements de l'information, permettaient une meilleure intégration du traumatisme et un traitement plus complet de celui-ci. Il va sans dire que ces étapes, bien qu'importantes, sont intégrées aux connaissances actuelles préconisées dans le traitement du traumatisme.

Discussion

L'ensemble des informations recueillies dans cet essai nous mène vers plusieurs constats. Tout d'abord, il nous semble de plus en plus évident que le traumatisme perturbe la dimension corporelle de l'individu affecté et qu'il est important de s'y attarder dans le traitement psychologique. Des interventions multidisciplinaires de ce type complèteraient davantage le traitement du traumatisme et seraient plus aidantes pour le client. Il serait intéressant d'associer des interventions physiques directes faites par des intervenants spécialisés dans leur domaine (chiropraticiens, médecins, massothérapeutes, kinésologues, etc.) en collaboration avec le psychologue traitant. Toutefois, nous sommes bien conscients que ce genre de pratique multidisciplinaire est difficile à mettre en place à moins d'être rattaché à une clinique spécialisée dans ce type de traitement. En général, et ce malgré l'émergence d'approches thérapeutiques holistiques sérieuses, les interventions suggérées ont tendance à traiter ces différents aspects indépendamment l'un de l'autre. Chacun des domaines d'intervention fonctionne le plus souvent en vase clos et la communication entre les intervenants reste difficile. Malgré ces embûches, nous croyons que des interventions au niveau physique pourraient être bénéfiques pour le client si elles étaient effectuées en parallèle avec le traitement psychologique. Actuellement, des approches, tel le EMDR, qui intègrent l'élément corporel au traitement cognitif sont prometteuses et de plus en plus reconnues.

D'autre part, le manque de formation pour ce type d'intervention est aussi une limite. La formation académique nord-américaine n'est pas axée sur ce type d'intervention qui intègre l'aspect corporel. Ne reconnaissant pas toujours les impacts réciproques du corps sur les émotions et l'esprit, la formation actuelle met l'accent sur le traitement cognitif du traumatisme. Le développement des connaissances par des programmes de recherches théoriques et empiriques spécifiques à la dimension corporelle dans le traitement du traumatisme permettrait de combler cette lacune. Bien que ces programmes de recherche soient complexes, ils seraient d'autant plus aidants si plusieurs types de professionnels y étaient rattachés. Par la suite, le transfert des connaissances acquises faciliterait la mise en place de plans de traitement ainsi que l'actualisation de ce plan par les différents intervenants impliqués.

Nous constatons également que l'intervention au niveau corporel n'est pas simple, entre autres, pour ce qu'elle exige du thérapeute au plan professionnel, mais surtout au plan personnel. Lorsqu'un intervenant accompagne une victime dans des zones troubles et inconnues, comme c'est le cas pour les souvenirs traumatiques (aspects peu contrôlés, souvent inconscients), il risque de vivre de l'inconfort s'il n'est pas bien préparé (p. ex. : démarche personnelle afin de régler ses propres traumatismes) ou équipés (p. ex. : connaissances et techniques spécifiques aux TSPT) pour le faire. Cet exercice lui demande d'être conscient de ses propres vulnérabilités, réactions physiques et expériences de vie et exige qu'il soit au clair avec qui il est et ce qu'il porte comme histoire de vie. Tout comme le client, il est appelé à développer sa conscientisation pour

être en mesure d'observer ses propres réactions physiques, émotives et cognitives au fur et à mesure que la thérapie se déroule.

Malgré ces quelques critiques, cet essai fait état d'une démarche importante et audacieuse pour la compréhension et le traitement psychocorporel du traumatisme. En mettant en valeur les aspects importants relevés dans la recension des écrits et en y juxtaposant des aspects cliniques, cet essai fait partie des rares études québécoises s'étant attardées à la thématique de la dimension corporelle dans le traitement du traumatisme. De plus, dans une époque où le développement du mieux-être global de l'individu est en pleine effervescence, vouloir traiter les victimes de TSPT de façon holistique nous semble justifié. Les informations colligées dans cet essai en montrent bien l'importance.

De plus, cet essai est basé sur des observations et un questionnement cliniques ce qui lui donne une crédibilité et un potentiel clinique important tout en ouvrant une nouvelle perspective. Les intervenants peuvent y trouver des informations complémentaires à leurs connaissances leur permettant d'ajuster et de peaufiner leurs interventions. Les victimes, quant à elle, comprendront mieux ce qu'elles vivent et le chemin à suivre pour s'en sortir.

Finalement, malgré nos efforts, cet essai présente certaines faiblesses. Tout d'abord, il aurait été souhaitable que les aspects cliniques soient davantage appuyés

empiriquement. Nous aurions pu, au lieu d'une étude de cas, faire une étude de groupe. Ceci aurait bonifié davantage cet essai en lui donnant une plus grande validité. Toutefois, la réalisation d'une étude de groupe touchant les aspects traumatiques présente plusieurs difficultés logistiques et éthiques. C'est ce qui a motivé le choix de nous concentrer sur une histoire de cas.

Par ailleurs, la section concernant les interventions est limitée à l'approche sensorimotrice. Il aurait été intéressant de cibler une approche corporelle autre que l'approche sensorimotrice (p. ex. : yoga, massothérapie, bioénergie, etc.) et de l'inclure dans les volets théoriques et empiriques afin de comparer les résultats.

Finalement, en lien avec la précédente critique, il aurait été intéressant que plus d'ampleur soit donnée à l'aspect corporel. Nous aurions pu utiliser différentes approches corporelles connues (p. ex. : bioénergie, yoga, etc.) et observer comment ces approches mobilisaient le corps afin de lui permettre d'intégrer le traumatisme. Nous aurions pu bénéficier de données obtenues, par exemple, suite à l'implantation d'un programme d'exercices corporels spécifiques (p. ex. : techniques de respiration, cohérence cardiaque, biofeedback, etc.) en lien avec le traumatisme d'une victime. Ces données nous auraient peut-être fourni les informations nécessaires pour comprendre à quel point la mobilisation du corps de la victime influence son rétablissement.

Conclusion

Dans notre contexte actuel de traitement du traumatisme, l'accent est mis sur l'aspect cognitif. Cette façon de faire est reconnue comme très aidante, mais nous semble souvent incomplète négligeant la marque physique laissée par le traumatisme.

L'objectif principal de cet essai était d'explorer la dimension corporelle dans le traitement du traumatisme en réfléchissant et en approfondissant les aspects théoriques et cliniques actuels en lien avec cette thématique. Au terme de ce travail, nous pensons que nous avons atteint notre objectif. En rédigeant les différents chapitres, il nous a été permis d'approfondir nos propres connaissances, mais aussi, nous le souhaitons, celles des intervenants, des victimes ou de toutes autres personnes intéressées par l'intégration des approches corporelles dans le traitement du traumatisme.

En terminant, nous espérons que ce travail a suscité chez le lecteur une curiosité et une ouverture concernant le travail corporel avec une clientèle de personnes traumatisées.

Références

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* - 4th ed. Text revision (DSM-IV-TR), Washington, DC, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, trad. fr. par Guelfi J.D et al. Paris, Masson.
- Audet, J. & Katz, J. F. (1999). *Précis de victimologie générale*. Paris : Dunod.
- Bélanger, M., Lavallée, F., Lévesque, S., White, M., & Dembri, N. (à paraître). Troubles liés au stress. Dans P. Lalonde et G.H. Pinard (Éds), *Psychiatrie contemporaine*, 4^{ième} éd, Manuscrit soumis pour publication.
- Brown, R. J. (2006). Different Types of Dissociation Have Different Psychological Mechanisms. Dans A. P. DePrince & L. DeMarni Cromer (Éds), *Exploring Dissociation : Definitions, Development and Cognitive Correlates* (pp. 7-28). Binghamton : The Haworth Medical Press.
- Courtois C. A. & Ford, J. D. (2009). *Treating Complex Traumatic Stress Disorders : An Evidence-Based Guide*. New York : The Guilford Press.
- Courtois C. A., Ford, J. D., & Cloitre, M. (2009). Best Practices in Psychotherapy for Adults. Dans C. A. Courtois & J. D. Ford (Éds.), *Treating Complex Traumatic Stress Disorders : An Evidence-Based Guide* (pp. 82-103). New York : The Guilford Press.
- Crocq, L. (2007). Stress et trauma. Dans L. Crocq, L. Dalligan, L. Villerbu, C. Tarquinio, C. Duchet, J. M. Coq, N. Chidiac & M. Vitry (Éds), *Traumatismes psychiques : Prise en charge psychologique des victimes* (pp. 3-13). Masson.
- Crombez, J. C. (1994). *La guérison en écho*. Publications MNH.
- Damasio, A. R. (1995). *L'erreur de Descartes, la raison des émotions*. Paris : Odile Jacob.
- Donnini, E. (2007). *Quand la peur prend les commandes : Comprendre et surmonter le traumatisme psychologique*. Les Éditions de l'Homme.
- Ferreri, M. (2006). Introduction historique. Dans L. Jehel, G. Lopez, S. Akhounak, A. M. Ayon, M. F. Casalis, A. Casanova, O. Cottencin, ..., P. Zillhardt (Éds.), *Psychotraumatologie : Évaluation, clinique, traitement* (pp. XIX-XXVIII). Paris : Dunod.

- Ferreri, M., Ferreri, F., Nuss, P., & Peretti, C. S. (2003). Dépression et état de stress post-traumatique. Dans J. P. Olié, M. F. Poirier & H. Léo (Éds), *Les maladies dépressives* (pp. 210-216). Paris : Flammarion.
- Fisher, J. & Ogden, P. (2009). Sensorimotor Psychotherapy. Dans C. A. Courtois & J. D. Ford (Éds.), *Treating Complex Traumatic Stress Disorders : An Evidence-Based Guide* (pp. 312-328). New York : The Guilford Press.
- Ford, C. W. (2002). *Les cicatrices émotionnelles : Guérir des émotions par le corps et le toucher*. Paris : Éditions Trédaniel.
- Ford, J. D. (2009). Neurological and Developmental Research : Clinical Implications. Dans C. A. Courtois & J. D. Ford (Éds.), *Treating Complex Traumatic Stress Disorders : An Evidence-Based Guide* (pp. 31-58). New York : The Guilford Press.
- Freud, S. (1921). *Au-delà du principe du plaisir*. Trad. Fr., Paris : Payot, 1956.
- Gendlin, E. T. (2006). *Focusing : au centre de soi*. Les Éditions de l'Homme.
- Heller, P. D., & Heller, L. S. (2001). *Crash Course : A Self-Healing Guide to Auto Accident Trauma & Recovery*. Berkeley, California : North Atlantic Books.
- Herman, J. L. (1992). *Trauma and Recovery*. New York : Basic Books.
- Janet, P. (1889). *L'Automatisme psychologique*. Paris : Alcan.
- Janov, A. (1997). *Le corps se souvient : Guérir en revivant sa souffrance*. Éditions du Rocher.
- Kinsler, P. J., Courtois, C. A., & Frankel, A. S. (2009). Therapeutic Alliance and Risk Management. Dans C. A. Courtois & J. D. Ford (Éds.), *Treating Complex Traumatic Stress Disorders : An Evidence-Based Guide* (pp. 183-201). New York : The Guilford Press.
- Kradin, R. (2003). L'axe esprit/cerveau-poumons. Dans J. M.m Thurin, & N., Baumann (Éds.), *Stress, pathologie et immunité* (pp. 231-238). Paris : Flammarion Médecine Science.
- Largier, G. (2008). *Comprendre et pratiquer les thérapies psychocorporelles*. Paris : Dunod.
- Lebigot, F. (1997a). La névrose traumatique, la mort réelle et la faute originelle. *Annales médicopsychologiques*, 155(8), 522-526.

- Lebigot, F. (1997b). Soins psychologiques aux victimes d'attentat. *Soins psychiatrie*, 188, 22-23.
- Lebigot, F. (2005). *Traiter les traumatismes psychiques. Clinique et prise en charge*, Paris : Dunod.
- Levine, P. A. (2008a). *Healing Trauma : A Pioneering Program for Restoring the Wisdom of Your Body*. Colorado : Sound True.
- Levine, P. A. (2008b). *Réveiller le tigre, guérir le traumatisme* (2^e éd.). Socrate Éditions Promarex.
- Levine, P. A. (2010). *In an Unspoken Voice : How the Body Releases Trauma and Restores Goodness*. Berkeley, California : North Atlantic Books.
- Ogden, P., Minton, K., & Pain, C. (2006). *Trauma and the Body : A Sensorimotor Approach to Psychotherapy*. New York, NY : W.W. Norton and Company.
- Ponseti-Gaillochon, A., Duchet, C., & Molenda, S. (2009). *Le débriefing psychologique : Pratique, bilan et évolution des soins précoces*. Paris : Dunod.
- Rochette, L., & Vergely, C. (2003). Rappels de la physiologie du stress : systèmes sympathique et parasympathique. Dans J. M. Thurin, & N., Baumann (Éds.), *Stress, pathologie et immunité* (pp. 35-43). Paris : Flammarion Médecine Science.
- Romano, H. & Verdenal-Gauteur, E. (2011). *Sauveteurs et événements traumatiques : Prise en charge psychologique des victimes et gestion du stress professionnel*. Elsevier Masson.
- Rosenzweig, M. R., Leiman, A. & Breedlove, S. M. (1998). *Psychobiologie*. Paris, Bruxelles : Éditions De Broeck University.
- Rothschild, B. (2003). *The Body Remembers Casebook : Unifying Methods and Models in the Treatment of Trauma and PTSD*. New York, NY : W.W. Norton and Company.
- Rothschild, B. (2008). *Le corps se souvient : Mémoire somatique et traitement de trauma*. Paris, Bruxelles : Éditions De Boeck Université.
- Sar, V., Akyüz, G., & Dogan, O. (2006). Prevalence of Dissociative Disorders Among Women in The General Population. *Psychiatry Research*, 149, 169-176.
- Scaer, R. C. (2007). *The Body Bears the Burden : Trauma, Dissociation, and Disease* (2^e éd.). New York : Routledge.

- Thurin, J. M., & Baumann, N. (2003). *Stress, pathologies et immunité*. Paris : Flammarion Médecine Science.
- van der Kolk, B.A. (2007a). The Body Keeps the Score : Approches to the psychobiology of Posttraumatic Stress Disorder. Dans B. A. van der Kolk, A. C. McFarlane, & L. Weisaeth (Éds.), *Traumatic Stress : the Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body, and Society* (pp. 214-241). New York : The Guilford Press.
- van der Kolk, B.A. (2007b). The Complexity of Adaptation to Trauma : Self-Regulation, Stimuli Discrimination and Characterological Development. Dans B. A. van der Kolk, A. C. McFarlane, & L. Weisaeth (Éds.), *Traumatic Stress : the Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body, and Society* (pp. 182-213). New York : The Guilford Press.
- van der Kolk, B.A. (2007c). Trauma and Memory. Dans B. A. van der Kolk, A. C. McFarlane, & L. Weisaeth (Éds.), *Traumatic Stress : the Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body, and Society* (pp. 279-302). New York : The Guilford Press.
- van der Kolk, B. A., & Ducey, C. P. (1989). The Psychological Processing of Traumatic Experience : Rorschach Patterns in PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 2, 259-274.
- van der Kolk, B. A., van der Hart, O., & Marmar, C. R. (2007). Dissociation and Information Processing in Posttraumatic Stress Disorder. Dans B. A. van der Kolk, A. C. McFarlane, & L. Weisaeth (Éds.), *Traumatic Stress : the Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body, and Society* (pp. 303-327). New York : The Guilford Press.
- Yehuda, R., Southwick, S. M., Nussbaum, G., Wahby, V., Giller, E. L. & Mason, J. W. (1990). *Low Urinary Cortisol Excretion in Patients With Post-traumatic Stress Disorder*. *Journal of Nervous and Mental Disorder*, 178, 366-369.

Sources électroniques

- Nations Unies (1985). *Résolution de l'Assemblée générale des Nations Unies*. 40e session. Repéré
http://www.un.org/french/documents/view_doc.asp?symbol=A/RES/40/34&Lang=F